VISIT…

MICHEL FOUCAULT

LE POUVOIR PSYCHIATRIQUE

Cours au
Collège de France
(1973–1974)

Édition établie sous la direction
de François Ewald et d'Alessandro Fontana,
par Jacques Lagrange

Gallimard
Le Seuil

МИШЕЛЬ ФУКО

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ВЛАСТЬ

Курс лекций,
прочитанных
в Коллеж де Франс
в 1973–1974 учебном году

Перевод с французского А. В. Шестакова

Санкт-Петербург
«Наука»
2007

УДК 316.6
ББК 88.5
Ф94

Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973—1974 учебном году / М. Фуко; Пер. с фр. А. В. Шестакова. — СПб.: Наука, 2007. — 450 с.

ISBN 978-5-02-026920-0

Курс лекций «Психиатрическая власть», прочитанных Мишелем Фуко в Коллеж де Франс в 1973—1974 учебном году, посвящен феномену психиатрической власти, сформировавшемуся в XIX в. как одно из следствий окончательного перехода от власти-господства, которая характеризовала средневековое общество и постепенно сдавала позиции на протяжении Нового времени, к дисциплинарной власти. Очерчивая специфику психиатрической власти, Фуко рассматривает ее с двух сторон: с точки зрения медицинских технологий истины и с точки зрения эволюции больничного института. На этих путях складывались две взаимно подкрепляющие друг друга составные части психиатрического знания-власти. Но взаимная поддержка, по мысли Фуко, связывала и связывает по сей день и две технологии истины: ее выпытывание, характерное для традиционной медицины, и ее рациональное обнаружение. Это сосуществование, которым до конца XIX в. обусловливалось укрепление психиатрической власти, затем привело к ее кризису, выразившемуся в двух движениях XX в., тщательно разделяемых Фуко, — депсихиатризации и антипсихиатрии.

ISBN 978-5-02-026920-0 («Наука»)
ISBN 2-02-030769-3 («Gallimard», «Seuil»)

© Editions du Seuil / Gallimard, 2003
© Издательство «Наука», 2007
© А. В. Шестаков, перевод на русский язык, 2007
© П. Палей, оформление, 2007

Вместо предисловия

Мишель Фуко преподавал в Коллеж де Франс с января 1971 года и до своей кончины в июне 1984 году, за исключением 1977 года, когда ему было предоставлено право воспользоваться полагающимся каждому профессору раз в семь лет отпуском. Его кафедра носила название «Кафедра истории систем мысли».

Она была создана 30 ноября 1969 года по инициативе Жюля Вюйемена и по решению общего собрания профессоров Коллеж де Франс вместо кафедры «Истории философской мысли», которой до своей смерти руководил Жан Ипполит. 12 марта 1970 года то же общее собрание избрало Мишеля Фуко на должность профессора новой кафедры.[1] Фуко было 43 года.

2 декабря 1970 года он произнес свою инаугурационную лекцию.[2]

Преподавание в Коллеж де Франс подчиняется особым правилам. Каждый профессор обязан прочесть 26 часов лекций в год (не более половины этого времени может быть отдано семинарам).[3] Каждый год он должен выносить на суд слушателей оригинальное исследование, в связи с чем содержание курсов ежегодно меняется. Посещение лекций и семи-

---

[1] Мишель Фуко завершил брошюру, составленную перед голосованием для ознакомления профессоров, следующей формулой: «Нужно заняться историей систем мысли» (см.: *Foucault M.* Titres et travaux // Dits et Écrits, 1954—1988 / Éd. par D. Defert & F. Ewald, collab. J. Lagrange. Paris, 1994. Vol. I. P. 846).

[2] Она была опубликована издательством Gallimard в мае 1971 г. под названием «Порядок дискурса».

[3] Которые Мишель Фуко вел вплоть до начала 1980-х гг.

наров совершенно свободное; не требуется ни записываться на эти курсы, ни писать итоговую письменную работу. Причем профессор также не волен лишать кого-либо права присутствовать на своих лекциях.[4] В уставе Коллеж де Франс сказано, что профессора в нем имеют дело не со студентами, но со слушателями.

Лекции Мишеля Фуко читались по средам с начала января до конца марта каждого года. Аудитория, весьма многочисленная, состояла из студентов и преподавателей, исследователей и просто интересующихся, среди которых было немало иностранцев. Слушатели занимали сразу два амфитеатра Коллеж де Франс. Мишель Фуко часто сетовал на большое расстояние, разделявшее его и «публику», а также на скудные возможности общения, обусловленные формой лекции.[5] Он мечтал о семинаре, в котором шла бы подлинная коллективная работа. В последние годы по окончании лекций он посвящал значительное время ответам на вопросы слушателей.

Вот как передал в 1975 году царившую на этих лекциях атмосферу корреспондент журнала «Nouvel Observateur» Жерар Петижан: «Фуко выходит на арену быстро и целеустремленно, он, словно ныряльщик, рассекает толпу, пробирается к своему стулу, раздвигает магнитофоны, чтобы разложить записи, снимает куртку, включает настольную лампу и, не теряя времени, начинает. Его сильный, внушительный голос распространяют микрофоны, единственная уступка современности в этом зале, который слабо озаряет свет, струящийся из стýковых плафонов. На триста мест приходится пятьсот прижавшихся друг к другу слушателей, довольствующихся малейшим свободным участком. [...] Ни тени ораторских эффектов. Все ясно и чрезвычайно убедительно. Никаких уступок импровизации. У Фуко есть двенадцать часов, чтобы

[4] Это правило действует только внутри Коллеж де Франс.

[5] В 1976 г., в надежде — в тщетной надежде — сократить число слушателей, Мишель Фуко изменил время чтения лекций с 17.45 на 9 часов утра. Ср. начало первой лекции (от 7 января 1976 г.) курса «Надо защищать общество» (*Foucault M.* «Il faut défendre la société». Cours au Collège de France, 1976 / Éd. s. dir. F. Ewald & A. Fontana par M. Bertani & A. Fontana. Paris, 1997).

объяснить во время публичных лекций смысл работы, проделанной им за последний год. И он до предела концентрирует материал, используя все поля, как те корреспонденты, которым нужно еще так много сказать, когда лист бумаги заканчивается. 19.15. Фуко прерывается. Студенты устремляются к его столу. Не для того, чтобы поговорить с ним, а чтобы остановить магнитофонную запись. Никаких вопросов. Фуко совершенно один в этой толпе». А вот комментарий самого Фуко: «Нужно было бы обсудить то, о чем я говорил. Иногда, когда лекция не удалась, может хватить пустяка, одного вопроса, чтобы все расставить по местам. Но этот вопрос никогда не звучит. Во Франции эффект группы делает всякую реальную дискуссию невозможной. И поскольку обратной связи нет, лекция театрализуется. Я — словно актер или акробат перед этими людьми. И когда я прекращаю говорить, приходит ощущение тотального одиночества...»[6]

Мишель Фуко подходил к своему преподаванию как исследователь: это были разработки для будущей книги, распашка новых территорий проблем, которые формулировались почти как вызов, бросаемый возможным коллегам. Поэтому и получилось, что курсы в Коллеж де Франс не дублируют опубликованные книги. И не являются наброском предстоящих книг, даже если темы их иногда совпадают. Эти лекции имеют собственный статус. Они следуют особому дискурсивному режиму «философских акций», осуществленных Мишелем Фуко. Он совершенно по-особенному развивает в них проект генеалогии взаимоотношений знания и власти, в соответствии с которым с начала 1970-х годов будет строиться его работа, — в отличие от проекта археологии дискурсивных формаций, который занимал его прежде.[7]

Кроме того, лекции Мишеля Фуко всегда были связаны с современностью. Его слушателей не просто увлекало повест-

[6] *Petitjean G.* Les Grands Prêtres de l'université française // Le Nouvel Observateur. 7 avril 1975.

[7] См., например: *Foucault M.* Nietzsche, la généalogie, l'histoire // Dits et Écrits. II. P. 137.

вование, выстраивавшееся неделя за неделей, они не просто восхищались стройностью изложения, но и замечали свет, проливаемый им на сегодняшний день. Искусство Фуко заключалось в пересечении современности историей. Он мог говорить о Ницше или Аристотеле, о психиатрической экспертизе XIX века или христианском пастырстве, и слушатели всегда улавливали в его словах что-то о настоящем, о событиях, которые происходили рядом с ними. Присущее только Мишелю Фуко лекторское дарование было связано именно с этим переплетением ученой эрудиции, личной причастности и работы над событием.

* * *

В семидесятые годы шло развитие, совершенствование кассетных магнитофонов, и стол Мишеля Фуко был буквально заставлен ими. Так сохранились его лекции и некоторые семинары.

Настоящее издание призвано как можно точнее воспроизвести публичные выступления Мишеля Фуко.[8] Мы всячески старались представить их в чистом виде. Однако перевод устной речи в письменную форму подразумевает вмешательство издателя: как минимум, нужно ввести пунктуацию и деление на абзацы. Нашим принципом всегда было как можно точнее придерживаться произнесенных лекций.

Когда это казалось нам необходимым, мы устраняли повторения и оговорки; прерванные фразы были восстановлены, а некорректные конструкции исправлены.

Многоточия в угловых скобках соответствуют неразборчивым фрагментам записи. Когда содержание фразы непонятно, в квадратных скобках дается предположительное уточнение или дополнение.

В примечаниях, помеченных звездочкой, внизу страницы приведены некоторые выдержки из записей, которые использовал Мишель Фуко, отличающиеся от магнитофонной записи лекции.

Цитаты были проверены, и в примечаниях мы дали ссылки на использованные тексты. Критический аппарат призван прояснить темные места, разъяснить некоторые аллюзии и уточнить спорные детали.

С целью облегчения чтения каждая лекция предварена кратким резюме, в котором указаны ее основные темы.[9]

Текст лекционного курса дополняет его «Краткое содержание», ранее опубликованное в «Ежегоднике Коллеж де Франс». Такие резюме Мишель Фуко обычно составлял в июне, вскоре после окончания своего курса. Они позволяли ему уточнить свои намерения и цели, оглядевшись на сделанное, и теперь дают о них наилучшее представление.

Каждый том завершается «контекстом», полная ответственность за который лежит на издателях данного лекционного курса: здесь читателю предлагаются элементы биографического, идеологического и политического окружения лекций каждого года, их сопоставление с опубликованными книгами Фуко, а также замечания, касающиеся места курса в его творчестве, позволяющие облегчить его понимание и отвести недоразумения, связанные с незнанием обстоятельств, в которых каждый курс готовился и читался.

* * *

С публикацией лекционных курсов в Коллеж де Франс читателю открывается новый пласт «творчества» Мишеля Фуко.

Строго говоря, речь не идет о неизвестных текстах, так как настоящее издание воспроизводит публичные выступления Мишеля Фуко, — если, конечно, не иметь в виду глубоко проработанные подготовительные записи, которые он использо-

[8] Использовались главным образом записи, осуществленные Жераром Бюрле и Жаком Лагранжем, хранящиеся ныне в Коллеж де Франс и в IMEC.

[9] В конце книги, в «Контексте курса», можно ознакомиться с критериями, принятыми издателями применительно к данному курсу, и с некоторыми характерными именно для него решениями.

вал. Даниэль Дефер, владеющий ныне рукописями Мишеля Фуко, любезно позволил издателям ознакомиться с ними. И мы хотели бы поблагодарить его за это.

Настоящее издание лекций в Коллеж де Франс осуществлено с разрешения наследников Мишеля Фуко, которые любезно согласились удовлетворить живейшую потребность в нем, проявленную как во Франции, так и в других странах. Их условием была предельная серьезность подготовки книг. Издатели стремились оправдать оказанное им доверие.

Франсуа Эвальд
Алессандро Фонтана

КУРС ЛЕКЦИЙ ЗА 1973—1974 УЧЕБНЫЙ ГОД

Предметом, о котором я хотел бы поговорить с вами в этом году, будет психиатрическая власть — феномен, несколько расходящийся с тематикой двух моих предшествующих курсов, однако по-своему связанный с нею.

Прежде всего я попытаюсь представить вам своего рода воображаемую сцену в следующих декорациях — вы сразу узнаете их, они хорошо вам знакомы:

«Желательно, чтобы эти лечебницы строились в глухих лесах, в местах уединенных и неприступных, среди руин, как например в Гранд-Шартрезе, и т. п. Будет небесполезным, если вновь поступающему туда придется преодолевать окрестности в специальных машинах, видеть по пути к месту назначения новые и удивительные для него ландшафты, а также тамошних чиновников, одетых в необычные костюмы. В данном случае уместна романтика, и я часто возвращаюсь к мысли о том, что подходящими были бы старые замки, за которыми скрываются пещеры, пронизывающие возвышенность от начала до конца и наконец выходящие к цветущей долине [...] Фантазия в сочетании с поочередным использованием физических и музыкальных возможностей, фонтанов и эффектов освещения, несомненно, окажет благотворное влияние на большинство людей».[1]

---

[1] Из сочинения Франсуа Эммануэля Фодере (1764—1835) «Трактат об умопомешательстве в приложении к медицине, морали и законодательству» (т. II, разд. VI, гл. 2: «План и устройство лечебницы для душевнобольных»). См.: *Fodéré F. E.* Traité du délire, appliqué à la médecine, à la morale et à la législation. T. II. Paris, 1817. P. 215.

Лекция от 7 ноября 1973 г.

Пространство лечебницы и дисциплинарный порядок. — Терапевтическая деятельность и «моральное лечение». — Сцены лечения. — Изменения, вводимые в настоящем курсе по сравнению с «Историей безумия»: 1) от анализа «представлений» к «аналитике власти»; 2) от «насилия» к «микрофизике власти»; 3) от «институциональных установлений» к «диспозициям» власти.

Этот замок — совсем не тот, в котором могли разворачиваться «Сто двадцать дней»;[1] это замок, в котором должны были протекать дни гораздо более многочисленные, едва ли не бесконечные: ведь перед вами описание идеальной лечебницы, данное Фодере в 1817 году. Что же должно было происходить в подобных декорациях? Разумеется, в них царит порядок, в них царит закон, в них царит власть. В этих декорациях — в этом замке под защитой романтического альпийского реквизита, проникнуть в который можно лишь с помощью сложных машин и сам внешний вид которого должен вселять изумление в душу большинства людей, — царит прежде всего порядок в простейшем смысле непрерывной, постоянной регуляции времени, деятельности, поступков; порядок, который окружает тела, вторгается в них, пронизывает их, вплотную прислоняется к их поверхности и вместе с тем прокрадывается даже в нервную систему и то, что другой автор назвал «мягкими тканями мозга».[2] Итак, порядок, для которого тела суть проницаемые поверхности и размыкаемые объемы, — своего рода огромный каркас предписаний, порядок, которым тела заражены словно инфекцией.

«Не стоит удивляться, — пишет Пинель, — огромному значению, которое я придаю поддержанию в лечебнице для душевнобольных спокойствия и порядка, а также физическим и духовным качествам, необходимым для такого рода надзора, ибо во всем этом состоит одна из фундаментальных основ лечения мании, без которой врач не сможет добиться ни точных наблюдений, ни устойчивого излечения больных, сколь бы ни полагался он на самые эффективные лекарства».[3]

Иными словами, некоторый порядок, дисциплина, закономерность, проникающие всюду вплоть до самого тела больных, оказываются необходимы в двух целях.

Во-первых, они необходимы для самого формирования медицинского знания, поскольку без этой дисциплины, без этого порядка, без этого прескриптивного каркаса закономерностей невозможно точное наблюдение. Принцип медицинского знания, его нейтральность, его возможность подступа к своему объекту, короче говоря, само отношение объективности как конститутивный элемент медицинского знания и критерий его приемлемости, требуют как действительного условия своей возможности некоторого отношения порядка, некоторого распределения времени, пространства, индивидов. И даже, собственно говоря, не «индивидов» (к этому я еще вернусь); скажем просто: требуется некоторое распределение тел, жестов, поступков, речений. В этой упорядоченной дисперсии и обнаруживается поле, исходя из которого возможно то, что мы назвали отношением медицинского взгляда к своему объекту, отношением объективности, — отношение, возникшее как следствие первичной дисперсии, вызванной дисциплинарным порядком. Во-вторых, этот дисциплинарный порядок, представленный в приведенном тексте Пинеля как условие точного наблюдения, является еще и условием устойчивого излечения; то есть сама терапевтическая операция — превращение, в результате которого некто, считаемый больным, перестает быть больным, — может быть произведена исключительно в рамках упомянутого нами упорядоченного распределения власти. Таким образом, условие отношения к объекту и объективности медицинского знания, с одной стороны, и условие терапевтической операции — с другой, совпадают: речь идет о дисциплинарном порядке. Однако этот имманентный порядок, довлеющий в равной степени над

всем пространством лечебницы, на деле оказывается отмечен, весь целиком проникнут асимметрией: ведь он руководим, властно руководим, уникальной инстанцией — внутренней инстанцией лечебницы и вместе с тем точкой, исходя из которой осуществляются дисциплинарные распределение и дисперсия времени, тел, жестов, поступков и т. д. Будучи внутренней для лечебницы, эта инстанция наделена некой неограниченной властью, которой ничто не может и не должно сопротивляться. Эта инстанция — неприступная, лишенная симметрии, лишенная противовеса и функционирующая как источник власти, ключевой для данного порядка асимметричный элемент, в силу которого этот порядок и является порядком, всегда вытекающим из одностороннего властного отношения, — очевидно, и есть инстанция медицинская, которая, как вы убедитесь, функционирует как власть задолго до того, как она начнет функционировать как знание.

И вот почему. Кто, собственно, такой этот врач? Врач — это тот, кто появляется, как только больной доставлен в лечебницу теми удивительными машинами, о которых я говорил вначале. Разумеется, приведенное выше описание — вымышленное в том смысле, что я сам составил его на основе нескольких текстов, принадлежащих разным психиатрам; будь их автором один-единственный психиатр, мое доказательство не работало бы. Я использовал «Трактат об умопомешательстве» Фодере, «Медико-философский трактат» Пинеля о мании, тексты Эскироля из его «Душевных болезней»,[4] а также труды Хаслама.[5]

Так как же, собственно, выглядит эта инстанция асимметричной и неограниченной власти, которая пронизывает и, так сказать, одухотворяет собою универсальный порядок лечебницы? В «Трактате об умопомешательстве» Фодере, относящемся к 1817 году, к этому ключевому моменту в протоистории психиатрии XIX века (напомню, что в 1818 году вышла и основополагающая работа Эскироля[6]), когда психиатрическое знание включалось в сферу медицины и одновременно становилось самостоятельной специальностью, она описывается следующим образом: «Хорошие или, другими словами, благородные и мужественные физические данные являются, быть может, одним из важнейших условий преуспеяния в нашей профессии; эти качества необходимы в работе с душевнобольными еще и для

того, чтобы оказывать на них благотворное влияние. Темные или седые от возраста волосы, уверенный взгляд, величавая осанка, дышащие силой и здоровьем конечности и грудная клетка, крупные черты лица, сильный и выразительный голос — эти формальные признаки обычно производят сильное впечатление на людей, уверенных в своем превосходстве над остальными. Несомненно, телом руководит дух, однако сам по себе он не виден и нуждается, чтобы увлекать за собой многих, во внешних проявлениях».[7]

Таким образом, как видите, персонаж врача начинает функционировать с первого взгляда на него. Причем в этом первом взгляде, исходя из которого и завязывается психиатрическое отношение, врач есть по сути своей тело — или, точнее, некоторая физика, набор характеристик, вполне определенная морфология, подразумевающая такую-то мышечную силу, ширину груди, цвет волос и т. д. И это физическое присутствие с его непременными качествами, функционирующее как условие абсолютной асимметрии в регулярном порядке лечебницы, как раз и выступает причиной того, что лечебница не является, как бы сказали нам психосоциологи, институтом, работающим по определенным правилам; лечебница — это поле, фактически поляризованное сущностной асимметрией власти, которая обретает свою форму, свою внешность, свое физическое воплощение в самом теле врача.

Однако эта власть врача — не единственная, разумеется, действующая здесь власть; в лечебнице, как и где бы то ни было, власть ни в коем случае не есть то, чем некто обладает или что исходит от кого-то. Власть не принадлежит ни кому-либо одному, ни даже группе; власть имеет место исключительно в меру наличия дисперсии, реле-передатчиков, сетей, взаимосвязей, разниц потенциалов, подвижек и т. п. В этой системе различий, которую следует проанализировать, власть только и может начать функционировать.

Врач, как видите, окружен целым рядом передатчиков, реле, главные из которых я перечислю.

Прежде всего это надзиратели, которым Фодере поручает сбор информации о больных: надзиратели призваны быть невооруженным, необученным взглядом, своего рода оптическим каналом, которым будет пользоваться взгляд ученый, то есть

объективный взгляд самого психиатра. Этот осуществляемый надзирателями промежуточный взгляд должен быть направлен и на санитаров — на тех, в чьих руках находится последнее звено власти. Таким образом, надзиратель — это одновременно начальник нижайших начальников и тот, чья речь, чей взгляд, чьи наблюдения и сообщения должны обусловить формирование медицинского знания. Каковы же надзиратели? Какими они должны быть? «Желательно, чтобы надзиратель за душевнобольными имел пропорциональное телосложение, здоровую и сильную мускулатуру, умел при необходимости действовать решительно и твердо, а голосом своим — приводить в трепет; кроме того, он должен быть совершенно порядочным, высоконравственным, крепким, как бывают крепки мягкие и убедительные формы [...], и безусловно покорным приказаниям врача».[8]

Последний же уровень этой структуры — целый ряд передатчиков я оставляю за скобками — составляют санитары, наделенные весьма любопытной властью. В самом деле, санитар — последнее звено этой сети, этой разницы потенциалов, что пронизывает лечебницу, исходя от власти врача; таким образом, его власть — власть нижняя. И нижняя она не просто потому, что занимает последнюю ступень в этой иерархии, но также и потому, что должна быть ниже больного. Санитар находится в услужении не столько надзирателям, стоящим выше его, сколько самим больным; и в этой позиции служения больным он призван фактически не более чем изображать служение больным. Санитары словно бы повинуются требованиям больных, действительно помогают им, но таким образом, чтобы за поведением больных можно было наблюдать исподволь, снизу, на уровне этих выдвигаемых ими требований, в дополнение к наблюдению за ними сверху, силами надзирателей и врача. Санитары как бы окружают больных, наблюдая их на обыденном уровне, глядя, так сказать, с внутренней стороны на волю, которую они изъявляют, на желания, которые они испытывают; и сообщают о своих наблюдениях надзирателю, который передает их врачу. Кроме того, именно санитар должен, когда больной требует чего-либо невыполнимого, не удовлетворить эту его просьбу, — продолжая притворяться, что служит больному, повинуется ему и, стало быть, не имеет самостоятельной

власти, — от имени высокой анонимной власти правил или же собственной воли врача. Окруженный наблюдением санитара, больной в результате оказывается окружен волей врача, которой подчиняется как раз тогда, когда обращается с требованиями к санитару, и таким образом его обложение волей врача или общими правилами лечебницы завершается.

Вот описание этих санитаров, призванных опекать больных: «§ 398. Санитары, или охранники, должны быть статными, сильными, порядочными, сообразительными и чистоплотными как по отношению к себе, так и по отношению к своему жилищу. Чтобы удовлетворить обостренной чувствительности некоторых душевнобольных, особенно в том, что касается их самолюбия, санитары должны стараться почти всегда выглядеть в их глазах скорее прислугой, нежели надзирателями [...] Однако, поскольку санитарам все же не следует подчиняться безумцам и даже зачастую следует их обуздывать, то, дабы они отвечали образу прислуги, не повинуясь, и притом избегали раздоров, надзиратели должны осторожно убедить больных в том, что те, кто им прислуживает, получают от врачей определенные инструкции и указания, которые не вольны нарушать без особого разрешения».[9]

Перед вами система власти, функционирующая внутри лечебницы и отклоняющаяся от общей регламентной системы, — система власти, которую поддерживают множественность, дисперсия, целый комплекс различий и иерархий, а главное — то, что можно назвать тактической диспозицией, в рамках которой различные индивиды занимают определенное для каждого из них место и выполняют ряд точно определенных функций. Таким образом, перед вами — тактическое функционирование власти, или, если выразиться точнее, тактическая диспозиция, которая и делает возможным исполнение власти.

И если вы вспомните, что говорил о возможности осуществлять наблюдение в лечебнице Пинель, то обнаружите, что это наблюдение, предоставляющее психиатрическому дискурсу его объективность и истину, возможно не иначе как посредством относительно сложного тактического распределения, — я говорю «относительно сложного», поскольку сказанное о нем только что еще довольно-таки схематично. Но если эта тактическая расстановка действительно существует, если нужно принимать

все эти предосторожности, чтобы в конце концов добиться всего-навсего наблюдения, значит, по всей вероятности, в этом регламентном поле лечебницы имеет место некая угроза, некая сила. Если власть действует путем таких ухищрений, если, точнее говоря, нормируемая регламентом вселенная так одержима передатчиками власти, которые эту власть подменяют и искажают, то, выходит, в самой сердцевине этого пространства есть некая другая, угрожающая власть, которую нужно покорить или подавить.

Иначе говоря, описанная тактическая диспозиция возникает потому, что проблема, еще не будучи проблемой знания, проблемой истины болезни и ее лечения — а точнее, как раз чтобы стать таковой, должна перед этим стать проблемой победы. Поле боя — вот что на деле организуется в этой лечебнице.

А покорить нужно, разумеется, безумца. Я только что приводил вам странноватое определение, данное безумцу Фодере, который называет этим именем того, кто считает себя «выше всех остальных».[10] Между тем именно таким безумец возникает в психиатрических дискурсе и практике начала XIX века, и именно с этим его возникновением связан тот ключевой поворот, тот сдвиг, о котором я уже говорил, а именно отказ от критерия заблуждения в определении, установлении безумия.

Приблизительно до конца XVIII века — и это подтверждается всем вплоть до полицейских рапортов, сопроводительных писем, допросов и т. п., которые могли [относиться]* к пациентам таких лечебниц, как Бисетр или Шарантон, — сказать, что некто безумен, установить его безумие, означало сказать, что он заблуждается, в чем, до какой степени, каким образом, насколько он заблуждается; безумие характеризовалось, в сущности, системой убежденности. И вдруг в начале XIX века возникает совершенно другой критерий определения и установления безумия — я бы назвал его «воля», но нет, это неточно; то, что характеризует безумца, то, на основании чего устанавливают безумие безумца с начала XIX века, — это, скажем так, восстание силы в том смысле, что в безумце выходит из-под контроля некая сила, сила непокорная и, быть может, неукротимая, которая принимает четыре основных обличья в зависимости от

* В магнитной записи лекции: делаться.

области, к которой она прилагается, и от поля, в котором она производит свои опустошения.

Есть простая физическая сила индивида, которого в обыденной терминологии называют «буйным». Есть другая сила, измеряемая степенью ее приложения к инстинктам и страстям, — сила разнузданных инстинктов, сила ничем не сдерживаемых страстей; с помощью двух этих сил и характеризуют отныне безумие, не основанное на заблуждении, — безумие, которое не предполагает никакого помрачения чувств, никакой ложной убежденности, никаких видений и которое именуют манией без бреда.

Кроме того, есть разновидность безумия, затрагивающая сами мысли, которые приходят в расстройство, становятся бессвязными, наскакивают одна на другую. Такое безумие именуют манией.

И наконец, есть еще одна сила безумия, прилагающаяся уже не к идеям вообще, которые вот так путаются и противоборствуют, но к одной частной идее, которая в результате разрастается и упрямо вторгается в поведение, речь, разум больного; безумие такого рода называют меланхолией или мономанией.

Первая же великая регламентация больничной практики в начале XIX века неукоснительно отображает то, что происходит непосредственно внутри лечебницы, а именно тот факт, что речь идет уже не о распознавании заблуждения безумца, но о как можно более точной локализации места, в котором исступленная сила безумия совершает свое восстание: какова та точка, какова та область, в которой сила выходит из-под контроля и заявляет о себе, до основания потрясая все поведение индивида?

Таким образом, тактика лечебницы в целом и, на более частном уровне, индивидуальная тактика, применяемая врачом к тому или иному больному в рамках описываемой системы власти, будет привязана, должна теперь быть привязана к характеризации, к локализации области приложения этого выброса силы, ее выхода из-под контроля. А если цель больничной тактики такова, если ее адресат — исступленная и неконтролируемая сила безумия, то каким же может быть смирение или укрощение этой силы? Так мы подходим к выдвинутому Пинелем простому — но, как мне кажется, при всей своей простоте

фундаментальному — определению психиатрической терапии, которого прежде, вопреки его кажущимся безыскусности и варварству, вы не найдете. Терапия безумия — это «искусство [...] подчинять и обуздывать душевнобольного, помещая его в ситуацию строгой зависимости от человека, который по своим физическим и духовным качествам способен оказать на него непреодолимое воздействие и разомкнуть порочный круг его мыслей».[11]

В этом определении терапевтической деятельности, данном Пинелем, то, что я вам говорил, повторяется, я бы сказал, в диагональном виде. Прежде всего, принцип строгой зависимости больного от некоторой власти; эту власть может воплощать исключительно человек, исполняющий ее не столько в силу и на основе знания, сколько в силу физических и духовных качеств, позволяющих ему оказывать беспредельное, то есть непреодолимое, воздействие. Исходя из этого и становится возможным изменение порочной цепи мыслей — эта, если хотите, душевная ортопедия, которая и может обусловить излечение. Поэтому, собственно, в рамках этой психиатрической протопрактики и возникают в качестве фундаментальных элементов терапевтического действия инсценировка и поединок.

В психиатрии этой эпохи мы обнаруживаем два четко различающихся типа вмешательства. Первый из них на протяжении первой трети XIX века постоянно и весьма последовательно развенчивается: это собственно медицинское, медикаментозное лечение. И наоборот, активно развивается второй — практика, называемая «моральным лечением», которая была введена англичанами, прежде всего Хасламом, и очень быстро распространилась во Франции.[12] Это моральное лечение вовсе не является, как можно было бы предположить, неким долговременным процессом, главнейшая и единственная цель которого — выявить истину безумия, суметь наблюдать, описывать, диагностировать его и, таким образом, определять характер его терапии. Нет, терапевтическая деятельность, формулируемая в 1810—1830-е годы, представляет собой сцену, сцену столкновения.

Эта сцена столкновения может принимать два различных облика. Первый из них и, если угодно, неполный — это своеобразный измор, пытка, совершаемая не врачом — ведь врач должен всегда оставаться господином, — а надзирателем. Таков первый

набросок больничной сцены, и вот соответствующий пример из «Медико-философского трактата» Пинеля.

Имея дело с буйным больным, надзиратель «приближается к нему бесстрашно, но медленно, постепенно и, дабы не привести больного в ярость, без каких-либо орудий в руках; подходя все ближе, он говорит с больным как можно более твердым и повелительным тоном, продуманными репликами стараясь захватить все его внимание и полностью отвлечь его от происходящего вокруг. Звучат четкие и властные приказания подчиниться и сдаться: больной, будучи несколько обескуражен невозмутимостью надзирателя, теряет из виду все остальное и по условленному сигналу оказывается схвачен санитарами, которые не спеша, исподволь подступили к нему вплотную; каждый из них блокирует одну из конечностей больного, один — руку, другой — бедро или ногу».[13]

В качестве дополнения Пинель советует использовать ряд инструментов, в частности длинный стержень с «металлическим полукругом» на конце: когда больной окажется поглощен бесстрашными действиями надзирателя, будет смотреть только на него, не видя ничего более, в его сторону следует направить это подобие копья с железным наконечником и ударить им по стене словно бы в знак победы. Такова несовершенная, я бы сказал, сцена, доверяемая надзирателю и заключающаяся в обуздании неконтролируемой силы больного путем изощренного и внезапного насилия.

Однако понятно, что главная сцена лечения не такова. Сцена лечения — это сложная сцена. Приведу еще один пример из «Медико-философского трактата» Пинеля. Речь идет о молодом человеке, который находился «во власти религиозных предрассудков» и рассчитывал заслужить спасение, «подражая воздержанию и самоистязанию древних отшельников», то есть отказываясь не только от всех телесных удовольствий, но также и от пищи. И вот однажды он более твердо, чем обычно, отказывается есть принесенный ему суп. «Тем вечером гражданин Пюссен стоял у входа в свою палату в позе устрашения [имеется в виду, конечно, „поза“ в смысле классического театра. — *М. Ф.*], глядя перед собой безумным взглядом и то и дело истошно крича; санитары, сгрудившись вокруг него, с грохотом потрясали железными цепями. Больному принесли суп и с предельной твер-

достью предложили съесть его до утра, пригрозив в противном случае наказать его самым жестким образом; затем служители удалились, и Пюссен был оставлен в угнетенном состоянии, мечущимся между двумя тяжелыми мыслями — о предстоящем наутро наказании и об устрашающей перспективе загробных мук. После нескольких часов внутренних борений первая мысль пересилила, и больной решил принять пищу. В связи с этим режим его содержания был смягчен и направлен на восстановление здоровья; к нему постепенно вернулся сон, пришли силы, он вновь обрел разум и таким образом избежал верной смерти. Находясь на пути к выздоровлению, он часто рассказывал мне о своих жесточайших мучениях и растерянности в ту ночь, когда ему суждено было это испытание».[14] Сцена, с которой мы имеем здесь дело, кажется мне в своей общей морфологии исключительно важной.

Во-первых, как вы видите, терапевтическая операция заключается вовсе не в нахождении врачом причин болезни. Чтобы эта его операция увенчалась успехом, врач не нуждается ни в какой-либо диагностической или нозографической работе, ни в каком-либо дискурсе истины.

Во-вторых, эта операция важна потому, что в данном случае и во всех ему подобных нельзя сказать, что к чему-то, рассматриваемому как патологический процесс или патологическое поведение, применяется некий технический медицинский подход; происходит другое: сталкиваются две воли — с одной стороны, воля врача и того, кто действует от имени врача, и, с другой — воля больного. Следовательно, речь идет о поединке, о некотором соотношении сил.

В-третьих, это соотношение сил продуцирует — и таково его первостепенное следствие — второе соотношение сил, так сказать, внутри самого больного, ибо это конфликт между твердой идеей, к которой привязан больной, и страхом наказания. Один поединок вызывает другой. И оба этих поединка, в том случае если сцена удается, должны приводить к победе, а именно к победе одной идеи над другой и одновременно воли врача над волей больного.

В-четвертых, очень важен в этой сцене момент выяснения истины. Это момент, когда больной признает, что его убежденность в необходимости голодать ради своего спасения была

ошибочной, бредовой, когда он осознает суть происшедшего, когда он понимает, что прошел через цепь сомнений, колебаний, терзаний и т. п. Другими словами, сам рассказ больного конституирует в рамках этой сцены, где до сих пор истина не имела места, момент, когда истина обнаруживается.

И в-пятых, когда истина наконец обретена, причем обретена не через выяснение некого медицинского факта, а через признание, в этот-то действительный момент признания и совершается, осуществляется и удостоверяется процесс исцеления.

Таким образом, перед нами система распределения силы, власти, события, истины, ни в коей мере не похожая на ту, которую можно было бы обнаружить в рамках складывавшейся в эту же самую эпоху в клинической медицине модели, могущей поэтому называться медицинской. В клинической медицине этого времени складывалась эпистемологическая модель медицинской истины, наблюдения, объективности, которая должна была позволить медицине встроиться в сферу научного дискурса и присоединиться там, со своими собственными модальностями, к физиологии, биологии и т. д. В этот период, в 1800—1830-е годы, происходит, как мне кажется, нечто другое, нежели принято думать. Обычно, по-моему, события этих тридцати лет считают периодом, когда психиатрия наконец включается в сферу медицинских знания и практики, которым до этого оставалась относительно чуждой. Принято думать, что в это время психиатрия впервые выступает как одна из специальностей медицины.

Мне кажется, — если не поднимать пока вопроса о том, почему практика, подобная вышеописанной, могла рассматриваться в качестве медицинской, почему люди, которые совершали все эти действия, с необходимостью считались врачами, — так вот, не касаясь пока этой проблемы, я думаю, что у тех, кого можно считать основоположниками психиатрии, медицинские действия, которые они совершали, осуществляя лечение, не имели в своей морфологии, в своем общем распорядке практически ничего общего с тем, что в этот же период формировалось как опыт, наблюдение, диагностическая деятельность, терапевтический процесс медицины. Это событие, эта описанная мною сцена, эта процедура абсолютно, как мне кажется, неприводимы в период, о котором идет речь, на уровне, о котором мы говорим, к тому, что в эти же годы происходит в медицине.

Эта обособленность характеризует историю психиатрии именно в тот момент, когда она обосновывается внутри системы институтов, связывающих ее с медициной. Ибо эта режиссура, организация пространства лечебницы, постановка и ход описанных сцен — все это возможно, приемлемо и институциализуемо исключительно в рамках учреждений, как раз в эту эпоху получающих медицинский статус, и со стороны людей медицинской квалификации.

*

Таков, если угодно, первый комплекс проблем. Отсюда начинается то, что мне хотелось бы вкратце исследовать в этом году. Приблизительно в этом пункте завершилась или, во всяком случае, была прервана работа, предпринятая мною ранее в «Истории безумия».[15] И с этого пункта я хотел бы начать теперь, но с некоторыми оговорками. Мне кажется, что в этой работе, которой я буду пользоваться как предметом сравнения, поскольку она выступает для меня своего рода «бэкграундом» работы, предпринимаемой сейчас, есть ряд очень спорных моментов, особенно в последней главе, где я как раз и останавливаюсь на больничной власти.

Во-первых, я думаю, что ограничился там анализом представлений. Мне кажется, я попытался изучить в большей степени образ безумия, складывавшийся в XVII и XVIII веках, страх, который оно вызывало, знание, составлявшееся по его поводу, — либо в традиционном русле, либо в духе ботанических, натуралистских, медицинских и других образцов. Именно этот узел представлений, образов, фантазий, знаний, традиционных или нетрадиционных, я выбрал в качестве исходной точки, в качестве места, в котором берут начало практики, распространившиеся применительно к безумию в XVII и XVIII веках. Короче говоря, в «Истории безумия» я рассматривал главным образом то, что можно назвать восприятием безумия.[16]

Но там же, во втором томе, я также попытался понять, возможно ли провести радикально отличный анализ, возможно ли взять за отправную точку исследования уже не этот узел представлений, неизбежно отсылающий к истории умозрений,

мысли, но некое устройство власти. Иначе говоря, в какой мере устройство власти может быть продуцентом ряда высказываний, дискурсов и, следовательно, всевозможных представлений, которые затем могут [...*] оказаться его следствиями?

Диспозитив власти как инстанция-продуцент дискурсивной практики. Вот в связи с чем дискурсивный анализ власти мог бы выйти по отношению к тому, что я называю археологией, — не на «фундаментальный» уровень, это слово мне совершенно не нравится, — но на уровень, позволяющий рассмотреть дискурсивную практику там, где она формируется. Само формирование дискурсивной практики: с чем его соотносить, где его искать?

Думаю, нельзя миновать стадию чего-то подобного представлению, субъекту и т. п., а вместе с ними и рассмотрения психологии и философии в уже сложившемся виде, если мы ищем связь между дискурсивной практикой и, скажем так, экономическими структурами, производственными отношениями и т. п. Проблема заключается для меня в следующем: не являются ли, по сути дела, именно устройства, диспозитивы власти — с учетом того таинственного и еще не исследованного, что содержится в слове «власть», — той самой точкой, к которой следует возводить формирование дискурсивных практик? Каким образом это устройство власти, эти тактики и стратегии власти могут вызвать к жизни утверждения, отрицания, опыты, теории — целую игру истины? Диспозитив власти и игра истины, диспозитив власти и дискурс истины: вот что, приблизительно, я хотел бы изучить в этом году, начав, как я уже сказал, с психиатрии и безумия.

Во-вторых, я бы оспорил теперь в последней главе «Истории безумия» то, что прибегал там — хотя и не могу сказать, что делал это вполне осознанно, поскольку ничего не знал тогда об антипсихиатрии и, главное, о психосоциологии, — скрыто или явно обращался к трем понятиям, с которыми, как кажется мне сейчас, далеко не уедешь.

Прежде всего, это понятие насилия.[17] Что меня действительно поражало, когда я читал в пору «Истории безумия» Пинеля, Эскироля и т. д., так это то, что, вопреки рассказам их биографов, Пинель, Эскироль и другие активно прибегали к физичес-

* В магнитной записи лекции: сформироваться на его основе и.

кой силе. А потому нельзя, думал я, связывать реформу Пинеля с каким-либо гуманизмом, так как вся его практика оставалась пронизана насилием.

Да, верно, реформу Пинеля действительно нельзя считать гуманистической, но, как мне теперь кажется, не потому, что он прибегает к насилию. Ведь когда говорят о насилии, потому-то это понятие мне и не нравится, всякий раз имеют в виду некий подтекст, связанный с физической силой, с неумеренной, безрассудной, я бы даже сказал: бесконтрольной силой. Это понятие кажется мне опасным потому, что позволяет предположить, рисуя этот образ физической, неумеренной и т. п. власти, что хорошая власть — это просто власть, не сопряженная с насилием, не являющаяся властью физической. Но, по-моему, наоборот, сутью всякой власти является точка ее приложения, то есть всегда в конечном счете тело. Всякая власть — физическая, и между телом и политической властью есть прямое родство.

Кроме того, понятие насилия кажется мне теперь неудовлетворительным, поскольку оно позволяет допустить, что физическое применение некой безудержной силы не может быть частью рациональной, рассчитанной, продуманной игры исполнения власти. Тогда как примеры, которые я вам только что привел, очевидным образом показывают, что власть, исполняющаяся в лечебнице, — это педантичная, расчетливая власть с четко определенными тактиками и стратегиями; причем ясно видно, какое место, какая роль в рамках этих стратегий принадлежит насилию, если называть насилием физическое применение абсолютно неограниченной силы. В своих мельчайших сплетениях, на капиллярном уровне, там, где она непосредственно касается индивида, власть является физической и тем самым насильственной — в том смысле, что она абсолютно неумеренна, и не потому что бесконтрольна, но, наоборот, потому что во всем повинуется предписаниям своего рода микрофизики тел.

Второе понятие, к которому я прибегал, как мне кажется, не слишком удачно, это понятие института.[18] Я считал возможным говорить, что с начала XIX века психиатрическое знание стало приобретать известные нам формы и масштабы в связке с тем, что можно было бы назвать институциализацией психиатрии,

а точнее — с рядом институтов, самым важным среди которых была лечебница, или приют. Теперь понятие института не кажется мне подходящим. По-моему, оно представляет ряд опасностей, ибо как только мы беремся говорить об институте, мы говорим, по сути, одновременно об индивидах и о коллективе, берем сразу индивида, коллектив, нормы, которые ими руководят, и погружаем в эту среду все психологические или социологические дискурсы.*

Но вообще-то следует заметить, что главное здесь — не институт с его регулярностью и нормами, а скорее как раз эти бесконтрольные выпады власти, которые, как я попытался показать вам, подрывают регулярность лечебницы и в то же время приводят ее в действие. Важны, иными словами, не институциональные закономерности, но в гораздо большей степени диспозиции власти, сети, токи, передатчики, опорные точки и разницы потенциалов, характеризующие ту или иную форму власти и, я думаю, основополагающие и для индивида, и для коллектива.

Индивид, как мне кажется, есть не что иное, как следствие власти, поскольку власть есть процедура индивидуализации. Именно на фоне этой властной сети, функционирующей в точках разницы потенциалов, в точках подвижек, возникает нечто, именуемое индивидом, группой, коллективом, институтом. Иначе говоря, прежде институтов следует рассматривать силовые отношения в рамках тех тактических диспозиций, которые пронизывают собой эти институты.

И наконец, третье понятие, которым я пользовался, чтобы объяснить функционирование лечебницы в начале XIX века, это понятие семьи, и в самом общем смысле я пытался показать, каким образом насилие Пинеля [или] Эскироля вводило в больничный институт семейную модель.[19] Но теперь мне кажется, что слово «насилие» здесь неприемлемо, что слово «институт» тоже не соответствует тому уровню анализа, на который следует взойти, и что таким же образом нет оснований говорить и о семье. Во всяком случае, перечитывая Пинеля, Эскироля, Фодере и т. д., я убедился в том, что ими очень

---

* В подготовительной рукописи добавлено: «Институт нейтрализует силовые отношения или позволяет им действовать лишь в отведенном пространстве».

редко используется эта семейная модель. Неверно, кстати, что врач попытался воссоздать в больничном пространстве образ или персонаж отца; это произошло намного позднее, я думаю, даже в самом конце того процесса, который можно назвать психиатрическим эпизодом в истории медицины, то есть только в XX веке.

Важна не семья и не государственный аппарат; неверно, думаю, и говорить, как это часто делается, что больничная практика, психиатрическая власть воспроизводят семью с целью или по запросу некоего контроля свыше, организуемого государственным аппаратом.[20] Государственный аппарат не может служить основанием,* а семья не может служить моделью [...**] в рамках властных отношений, выявляемых внутри психиатрической практики.

Задача, стоящая перед нами, заключается, на мой взгляд, в том, чтобы, уйдя от этих понятий и моделей, уйдя от семейного мира, от нормы, если хотите, от государственного аппарата, от понятия института, от понятия насилия, проанализировать отношения власти, которые действуют в рамках психиатрической практики как продуценты — это-то и будет предметом нынешнего курса — ряда высказываний, преподносящихся как законные высказывания. Я бы хотел говорить не о насилии, а скорее о микрофизике власти; вместо разговора об институтах я попытался бы выяснить, какие тактики применяют эти сталкивающиеся друг с другом силы; вместо разговора о семейной модели или «государственном аппарате» я попытался бы понять стратегию тех властных отношений и поединков, что разворачиваются в рамках психиатрической практики.

Вы скажете мне: ну и что? Далеко ли я продвинулся, заменив насилие микрофизикой власти, институт — тактикой, семейную модель — стратегией? Я отказался от терминов, позволяющих ввести во все эти анализы психосоциологический словарь, и взамен получил какой-то полувоенный лексикон, тоже, вероятно, не слишком уважаемый. Однако посмотрим, что может из этого получиться.*

* В подготовительной рукописи уточняется: «Понятие государственного аппарата не годится, ибо оно слишком широко, слишком абстрактно, чтобы обозначать эти прямые, мельчайшие, капиллярные власти, действующие на тело, поведение, жесты и время индивидов. Государственный аппарат не учитывает эту микрофизику власти».

** В магнитной записи лекции: для происходящего.

Примечания

[1] «Сто двадцать дней Содома» Д. А. Ф. де Сада (1740—1814). См.: *Sade D. A. F.* Les Cent vingt Journées de Sodome, ou l'école de libertinage (1785) / Œuvres complètes. T. XXVI. Paris, Jean-Jacques Pauvert, 1967.

[2] Ж. М. А. Серван (1737—1807): «Мягкие ткани мозга образуют неколебимое основание самых что ни на есть устойчивых царств» (*Servan J. M. A.* Discours sur l'administration de la justice criminelle, prononcé par M. Servan. Genève, 1767. P. 35; воспроизводится в кн.: *Beccaria C.* Traité des délits et des peines / Trad. P. F. Dufey. Paris: Dulibon, 1821).

[3] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie (раздел II «Моральное окружение душевнобольных», § XXIII «Необходимость поддержания постоянного порядка в лечебницах для душевнобольных»). Paris: Richard, Caille et Ravier, an IX/1800. P. 95—96.

[4] *Esquirol J. E. D.* (1772—1840). Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. 2 vol. Paris, Baillière, 1838.

[5] *Haslam J.* (1764—1844). Observations on Insanity, with Practical Remarks on the Disease, and an Account of the Morbid Appearance of Dissection. Londres: Rivington, 1798 (см. также дополненное переиздание: *Haslam J.* Observations on Madness and Melancholy. Londres: J. Callow, 1809); *Haslam J.* Considerations on the Moral Management of Insane Persons. Londres: R. Hunter, 1817.

[6] *Esquirol J. E. D.* Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés (записка, представленная министру внутренних дел в сентябре 1818 г.). Paris: impr. de Mme Huzard, 1819; воспроизведено в кн.: *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. II. P. 399—431.

[7] *Fodéré F. E.* Traité du délire. T. II. P. 230—231 (раздел VI, глава 3: «О выборе администраторов, врачей, служащих и надзирателей»).

[8] Ibid. P. 237.

* В подготовительной рукописи (л. 11—23) М. Фуко продолжает далее разговор о том, в чем заключается проблема современной психиатрии, и предлагает анализ антипсихиатрии.

[9] Ibid. P. 241—242.

[10] Ibid. P. 230.

[11] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. Раздел II, § VI: «Преимущества руководства душевнобольными для упрочения действия медикаментов». P. 58.

[12] «Моральное лечение», зародившееся в конце XVIII века, объединяет все способы вмешательства в психику больных, в отличие от «физического лечения», действующего на тело посредством медикаментов и общеукрепляющих средств. После смерти жены некого квакера, скончавшейся в 1791 г. при подозрительных обстоятельствах в лечебнице графства Йорк, Уильям Тьюк (1732—1822) предложил создать учреждение, специально предназначенное для приема членов «Общества друзей», пораженных душевными болезнями. 11 мая 1796 г. эта лечебница, названная «Retreat» [«Исцеление» (*англ.*) — *примеч. пер.*], открыла свои двери (см. ниже: с. 33, примеч. 17). Джон Хаслам, служивший аптекарем в Вифлеемской больнице, а позднее, в 1816 г., ставший доктором медицины, излагает принципы «морального лечения» в своих сочинениях (см. выше: примеч. 5). Во Франции это же понятие использует Пинель в своих «Наблюдениях по поводу душевного обращения, могущего в некоторых случаях восстановить помраченный разум маньяков» (*Pinel Ph.* Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égareé des maniaques // Gazette de santé. 1789. N 4. P. 13—15) и в тексте «Исследования и наблюдения по поводу морального лечения душевнобольных» (*Pinel Ph.* Recherches et observations sur le traitement des aliénés // Mémoires de la Société médicale de l'émulation. Section Médecine. 1798. N 2. P. 215—255; воспроизводится с изменениями в кн.: *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 46—105). Этьен Жан Жорже (1795—1828) систематизировал принципы «морального лечения» в кн.: *Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes, la nature et le mode d'action de ses causes; sa marche et ses terminaisons; les différences qui la distinguent du délire aigu; les moyens du traitement qui lui conviennent; suivies de recherches cadavériques. Paris: Crevot, 1820. Франсуа Лере делает акцент на отношении врач—больной (см.: *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. Paris: Baillière, 1840). О Лере см. также: *Foucault M.* L'Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard, éd. 1972. P. 484—487, 492—496, 501—511, 523—527 (часть III, глава 4: «Рождение лечебницы»). См. также: *Castel R.* Le traitement moral. Thérapeutique mentale et contrôle social au XIX siècle // Topique. 1970. N 2. P. 109—129.

[13] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 90—91 (раздел II, § XXI: «Характер наиболее буйных и опасных душевнобольных и средства, необходимые для их обуздания»).

[14] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 60—61 (раздел II, § VIII: «Преимущества, предоставляемые в некоторых случаях потрясением воображения душевнобольного»).

[15] *Foucault M.* Folie et Déraison. L'Histoire de la folie a l'âge classique. Paris: Plon, 1961.

[16] Например, в «Истории безумия» (*Foucault M.* L'Histoire de la folie... Paris, 1972. Часть II, глава V: «Сумасшедшие». P. 223; часть III, глава II: «Новый раздел». P. 407, 415). Исходная точка этой критики понятия «восприятия» или «опыта» обнаруживается в «Археологии знания» (*Foucault M.* L'Archéologie du savoir. Paris: Gallimard, 1969. Главы III: «Образование объектов» и IV: «Образование модальностей высказывания». P. 55—74).

[17] Понятие насилия используется в анализе методов лечения, предпринятых М. Фуко во второй части «Истории безумия», в главе IV: «Врачи и больные» (*Foucault M.* L'Histoire de la folie... P. 327—328, 358) и в третьей части, в главе IV: «Рождение лечебницы» (*Foucault M.* L'Histoire de la folie... P. 497, 502—503, 508, 520). См. также выше, «Контекст курса».

[18] Например, разборы в главе «Рождение лечебницы» (*Foucault M.* L'Histoire de la folie... P. 483—530).

[19] По поводу роли семейной модели в реорганизации взаимоотношений между безумием и разумом и в формировании лечебницы см.: *Foucault M.* L'Histoire de la folie... P. 509—511.

[20] Аллюзия на исследования Луи Альтюссера, который вводит понятие «государственного аппарата» в своем тексте: *Althusser L.* Idéologie et appareils idéologiques d'État. Notes pour une recherche // La Pensée. Revue du rationalisme moderne. N 51, июнь 1970. P. 3—38; воспроизведено в кн.: *Althusser L.* Positions (1964—1975). Paris: Éditions sociales, 1976. P. 65—125.

Лекция от 14 ноября 1973 г.

Сцена лечения: Георг III. От «макрофизики господства» к дисциплинарной «микрофизике власти». — Новая фигура безумца. — Краткая энциклопедия сцен исцеления. — Практика гипноза и истерия. — Психоаналитическая сцена; антипсихиатрическая сцена. — Мери Барнс в Кингсли-холле. — Обращение с безумием и стратагема истины: Мейсон Кокс.

Вы все, конечно же, знаете, что́ считается великой основополагающей сценой современной психиатрии — да, собственно, психиатрии вообще, — возникшей в начале XIX века. Это знаменитая сцена, когда Пинель — в Бисетре, который еще не был в точном смысле слова больницей, — отменил цепи, сковывавшие буйных душевнобольных в их камерах, после чего эти буйные безумцы, которых до этого лишали свободы передвижения из опасения, что, будучи свободными, они предадутся буйству, едва освободившись от уз, выразили Пинелю свою признательность и тем самым вступили на путь исцеления. Вот что считается отправной, основополагающей сценой психиатрии.[1]

Но была и другая сцена, которой выпала куда меньшая слава, хотя в свое время она и вызвала по вполне понятным причинам сильный ажиотаж. Это сцена, происшедшая не во Франции, а в Англии, с некоторыми изменениями описанная тем же Пинелем в его «Медико-философском трактате» (IX [1800] год) и, как вы убедитесь, отнюдь не лишенная своеобразной силы, пластической выразительности, в связи с тем, что — пусть не именно в тот момент, когда она имела место (1788), но когда она стала

известна во Франции, а затем и во всей Европе, — у царственных особ, скажем так, вошло в привычку терять рассудок. Эта сцена важна, поскольку проливает свет как раз на то, чем стала с этого времени психиатрическая практика как упорядоченное и согласованное применение властных отношений.

Вот тот самый текст Пинеля, который имел хождение во Франции и познакомил с этой историей французов:

«Один монарх [Георг III, король Англии. — *М. Ф.*] впадает в манию и, дабы способствовать его скорейшему и как можно более стойкому излечению, руководящему им лицу [обратите внимание на эти слова: речь идет о лечащем враче. — *М. Ф.*] доверяют принять все меры предосторожности без каких-либо ограничений. Весь аппарат королевской власти остается в стороне, и душевнобольной, отлученный от своей семьи и ближайшего окружения, удаляется в изолированный дворец и помещается в одиночную палату, пол и стены которой, с целью обезопасить его от членовредительства, устланы матрацами. Руководящий лечением объявляет ему, что он более не является королем и должен отныне выказывать смирение и покорность. Двум его прежним пажам исполинского сложения поручается удовлетворять его потребности и оказывать всю обусловленную его состоянием помощь, но вместе с тем и внушать ему, что он полностью от них зависит и должен отныне им подчиняться. Храня рядом с больным спокойное молчание, пажи всякий раз, когда это необходимо, демонстрируют свое превосходство над ним. Однажды, находясь в состоянии исступленного бреда, больной очень жестко принимает своего старого врача, явившегося с визитом, швыряя в него грязь и нечистоты. Один из пажей тут же, не произнося ни слова, входит в камеру, связывает безумца, дошедшего до омерзительного убожества, поясом, с силой швыряет его на матрац, раздевает, моет губкой его тело, меняет одежду, свысока осматривает его, после чего возвращается на свой пост. Подобные уроки, регулярно повторявшиеся на протяжении нескольких месяцев и дополненные другими лечебными мерами, привели к стойкому и необратимому выздоровлению».[2]

Я вкратце проанализирую элементы этой сцены. Прежде всего в тексте Пинеля, как мне кажется, есть нечто очень важное, что его автор позаимствовал у Уиллиса, который был лечащим

врачом Георга III.[3] Первое, по-моему, что здесь бросается в глаза, это церемония, церемония низложения, своего рода коронация наоборот, по поводу которой очень ясно указывается, что короля нужно привести в полное подчинение. Вы помните эти слова: «весь аппарат королевской власти остается в стороне», — и врач, являющийся в некотором роде оператором этого низложения, этой десакрализации, недвусмысленно объявляет королю о том, что «он более не король».

Таким образом, перед нами декрет о низложении: король лишен власти. Мне даже кажется, что эти «матрацы», которые его окружают и выполняют столь значительную роль и в общем декоре, и в финальной сцене, в самом деле важны. Матрац — это одновременно и то, что изолирует короля от окружающего мира, и то, что мешает ему слышать и видеть что-либо, оставляя лишь передавать за пределы камеры свои приказы; иначе говоря, посредством матрацев все ключевые функции монархии оказываются в строгом смысле этих слов взяты в скобки. И вместо скипетра, короны, меча, которые должны были демонстрировать и внушать всем, кто их видит, идею абсолютного могущества короля, правящего своим королевством, вместо этих знаков теперь есть одни «матрацы», которые его блокируют и сводят — там, где он находится, — к тому, что он есть, к его телу.

Итак, низложение, ниспровержение короля. Не похоже, однако, чтобы это было низложение того же типа, как, например, в шекспировских трагедиях: перед нами не Ричард III, которому грозит своей мощью другой властитель,[4] и не король Лир, лишенный своей власти и скитающийся по миру в одиночестве, нищете и безумии.[5] Безумие короля [Георга III], в отличие от безумия короля Лира, которое заставляло того скитаться по миру, напротив, изолирует его в определенной точке и, главное, подчиняет власти, не являющейся властью другого короля; безумие подчиняет короля власти совершенно иного типа, нежели монархия, и даже, как мне кажется, полностью противоположной ей. Это анонимная, безымянная власть, власть без лица, распределенная между различными людьми; это власть, что особенно важно, выражающаяся в неумолимости некоторого приказа, который даже не формулируется, ибо ничего, в сущности, не говорится, и в тексте Пинеля прямо сказано, что все исполнители власти молчат. Безмолвное предписание — вот

что в некотором смысле занимает место, оставшееся пустым с низложением короля.

Следовательно, речь идет не о свержении одной королевской власти другой королевской властью, но о переходе от королевской власти, обезглавленной безумием, которое овладело головой короля и было путем своеобразной церемонии, призванной объявить королю, что он более не является властителем, лишено короны, к власти иного типа. В самом деле, место этой обезглавленной и лишенной короны власти занимает власть безымянная, множественная, тусклая, бесцветная, которую я буду называть властью дисциплины. Власть-господство сменяется, так сказать, властью-дисциплиной, действие которой заключается вовсе не в утверждении власти отдельного человека, не в концентрации власти в зримом и имеющем имя индивиде, но, наоборот, в действии на него самого, на тело и личность низложенного короля, который должен быть приведен этой новой властью к «смирению и покорности».[6]

Если власть-господство выражается главным образом в символах экстраординарной силы обладающего ею индивида, то дисциплинарная власть скромна, бесцветна; это власть, функционирующая посредством сети и обретающая видимость исключительно в смирении и покорности тех, на кого она безмолвно действует. В этом-то, на мой взгляд, и заключается суть описанной сцены: в столкновении власти-господства и дисциплинарной власти, в подчинении, овладении второй властью первой.

Кто же исполнители этой дисциплинарной власти? Как вы видите, врач, тот, кто все это организует, тот, кто является в известной степени узловым элементом, ядром дисциплинарной системы, сам, как это ни удивительно, даже не появляется: Уиллиса всегда нет. И когда уже под конец возникает сцена с врачом, речь идет именно о старом враче короля, а не об Уиллисе. Кто же тогда исполнители власти? Это, как сказано у Пинеля, два королевских пажа исполинской стати.

И здесь, как мне кажется, нужно ненадолго остановиться, ибо эти пажи играют во всей описываемой сцене очень важную роль. В качестве гипотезы, возможно ошибочной, я бы сказал, что это отношение пажей-исполинов и безумного, раздетого короля подлежит сравнению с некоторыми иконографическими темами. Пластическая выразительность этой истории отчасти свя-

зана, на мой взгляд, именно с тем, что в ней есть элементы [...*] традиционной иконографии изображений королей. А короли и их слуги традиционно изображались согласно двум типам.

Во-первых, это король-воин, в полной амуниции, с оружием, король, зримо демонстрирующий свое всесилие, если угодно — король-геркулес, возле которого, ниже которого располагаются попираемые этим подавляющим могуществом персонажи, чья роль состоит в выражении покорности, слабости, поражения, рабства, а при необходимости и красоты. Такова одна из первых оппозиций, обнаруживаемых в иконографии королевской власти.

А вот второй иконографический тип, тоже подразумевающий игру оппозиций, но другого рода. На сей раз это не король-исполин, а король человеческой стати, в отличие от первого лишенный всех видимых и однозначных признаков физической силы и облеченный лишь символами своей власти. Это король в горностаевой мантии, со скипетром, державой, рядом с которым, или опять-таки ниже, — зримая манифестация силы, которой он располагает: солдаты, пажи, слуги, представляющие силу, но такого рода силу, которой король распоряжается безмолвно, через эти символические элементы власти — скипетр, мантию, корону и т. д. По-моему, в основном именно так изображалось отношение короля к слугам — всегда в виде оппозиции и всегда в виде одной из двух этих оппозиций.

В нашем случае в этой сцене, которую приводит, основываясь на Уиллисе, Пинель, мы находим те же самые элементы смещенными и трансформированными. Вот — грубая сила короля, который превратился в человекоподобное животное и оказался в положении покорных и скованных рабов из первой приведенной мной иконографической версии, а вот рядом с ним — сдержанная, дисциплинированная, спокойная сила слуг. В этой оппозиции одичавшего короля и слуг, зримо представляющих силу, но силу дисциплинированную, заключена, по-моему, отправная точка перехода от постепенно исчезающего господства к дисциплинарной власти, которая складывается шаг за шагом и показывает в этих молчаливых, сильных, статных, одновременно послушных и всемогущих пажах само, как мне кажется, свое лицо.

* В магнитной записи лекции: входящие в состав.

Но как эти слуги-исполины исполняют свои функции? Чтобы ответить на этот вопрос, в текст Пинеля нужно внести некоторые поправки. В нем прямо сказано, что задачей слуг является помощь королю, что они должны исполнять его «потребности», учитывая его «положение». Однако мне кажется, что в рамках того, что можно назвать властью-господством, слуга как раз и исполняет потребности своего господина; он должен удовлетворять требования, обусловленные положением господина: он одевает и раздевает короля, он ухаживает за его телом, содержит его в чистоте и т. д. Но когда слуга исполняет таким образом потребности господина, учитывая положение последнего, он делает это всякий раз потому, что такова воля господина; то есть воля господина обязывает слугу, и обязывает его индивидуально — поскольку он конкретный слуга — к этой функции исполнения потребностей, обусловленных положением. Воля короля, статус короля — вот что привязывает слугу к его потребностям и положению.

Тогда как в рамках отношения дисциплины, которое заявляет о себе теперь, слуга состоит на службе уже не по воле короля, он исполняет потребности короля уже не потому, что такова королевская воля. Он исполняет эти потребности, обусловленные положением короля, без всякого участия воли и статуса последнего; лишь в некотором смысле механические потребности тела устанавливают и определяют то, что должно быть службой слуги. Таким образом, налицо рассогласование воли и потребности, статуса и положения. И слуга становится репрессивной силой, оставляет свою службу, чтобы обуздать волю короля, только тогда, когда эта воля выходит за рамки потребностей короля, превосходит его положение.

Таковы, если угодно, декорации сцены. И теперь я хотел бы перейти к тому, что составляет само действие — очень важное действие — обставленной таким образом сцены, то есть к эпизоду встречи короля с врачом: «Однажды, находясь в состоянии исступленного бреда, больной очень жестко принимает своего старого врача, явившегося с визитом, швыряя в него грязь и нечистоты. Один из пажей тут же, не произнося ни слова, входит в камеру, связывает безумца...».[7]

После сцены отрешения, низложения — сцена отбросов, экскрементов, нечистот. Король уже не просто низложен, речь идет

не просто о лишении его атрибутов власти, но о полной инверсии его господства. Единственная сила, оставшаяся у этого короля, — это его тело, опустившееся до животного состояния, и его единственное оружие — это отбросы его тела, именно с этим оружием он набрасывается на врача. Тем самым, я полагаю, король действительно переворачивает свое господство: не только потому, что заменяет скипетр и меч нечистотами, но прежде всего потому, что воспроизводит жест с четким историческим значением. Это жест бросания в кого-либо грязи и нечистот, в котором испокон веков выражалось неповиновение властям.

Теперь существует целая традиция, согласно которой в экскрементах и нечистотах усматривают исключительно символ денег. Но вообще-то следовало бы предпринять самую серьезную политическую историю экскрементов и нечистот, политическую и вместе с тем медицинскую историю проблемы экскрементов и нечистот как таковых, без какой бы то ни было символизации: разумеется, они составляли экономическую проблему, медицинскую проблему, но также могли быть ставкой в политической борьбе, что вполне очевидно в XVII и особенно в XVIII веках. И Георг III прекрасно знал, что значит этот оскверняющий жест бросания грязи, нечистот и экскрементов в карету, в шелк и горностаевый мех королевских одежд, поскольку сам становился его жертвой.

Таким образом, функция господства полностью переворачивается, поскольку король повторяет повстанческий жест, свойственный даже не просто беднякам, но бедным из бедных. Крестьяне во время бунта использовали в качестве оружия свои орудия труда: палки, вилы и т. д., ремесленники — тоже, и только нищие, у которых не было ничего, подбирали прямо на улице камни и экскременты и швыряли их в господ. Именно их роль и берет на себя король в этом поединке с медицинской властью, представитель которой входит в его комнату. Обезумевшее и вывернутое наизнанку господство восстает против серой дисциплины.

В этот самый момент вступает в дело молчаливый, сильный, неумолимый паж, который связывает короля, укладывает его в постель, раздевает, моет губкой и, «бросив надменный взгляд на него»,[8] как сказано в тексте, выходит. Здесь мы вновь сталкиваемся со смещением элементов сцены власти, которая на сей раз

уже не относится к иконографическому типу коронации; перед нами, разумеется, эшафот, где разворачивается сцена казни. Но опять-таки с инверсией и смещением: если того, кто посягал на власть-господство, забрасывал ее камнями и нечистотами, убили бы, повесили и разрубили на части, то дисциплина, действующая в обличье пажа, наоборот, усмиряет короля, укладывает, раздевает и моет его, чтобы оставить его тело в чистоте и сохранности.

Вот что я хотел сказать вам об этой сцене, которая, как мне кажется, гораздо более, чем сцена освобождения Пинелем безумцев, характерна для практики, называемой мною протопсихиатрической, то есть для практики, развивающейся в последние годы XVIII и в два-три первых десятилетия XIX века, перед тем как в 1830—1840-е годы будет возведено институциональное здание психиатрической лечебницы (для Франции можно назвать более точную дату — 1838 год, когда вступил в силу закон о принудительном лечении и организации больших психиатрических больниц).[9]

Эта сцена кажется мне очень важной. Прежде всего потому, что она позволяет исправить ошибку, допущенную мной в «Истории безумия». Как вы видите, психиатрической практике вовсе не предписывается никакая семейная модель; ни о каких отце и матери речи не идет, психиатрическая практика не заимствует тип отношений, характерный для структуры семьи, и не прилагает его к безумию и управлению душевнобольными. Связь с семьей возникнет в истории психиатрии, но это произойдет позднее, и, насколько я могу судить сейчас, момент прививки семейной модели к психиатрической практике следует искать в истории истерии.

Кроме того, лечение, о котором Пинель — с оптимизмом, в свете последующих событий оказавшимся необоснованным, — пишет, что оно «привело к стойкому и необратимому выздоровлению»,[10] осуществляется, как вы видите, без чего-либо похожего на описание, анализ, диагностику, действительное осознание того, что представляет собой болезнь короля. Элемент истины тоже, как и семейная модель, возникнет в психиатрической практике позже.

И наконец, я хотел бы подчеркнуть следующее: в описанной сцене вполне отчетливо заметна игра элементов, являющихся

в самом строгом смысле элементами власти, — они смещаются, выворачиваются наизнанку и т. д., причем без всякого института. И мне опять-таки кажется, что институт не предваряет эти отношения. Иначе говоря, эти отношения власти не предопределяются институтом, не предписываются каким-либо дискурсом истины, не вдохновляются семейной моделью. Они действуют на наших глазах в сцене, подобной той, которую я привел, действуют, я бы сказал, почти в чистом виде. И этот факт, думается, проливает свет на фундамент отношений власти, образующих ядро психиатрической практики, исходя из которого затем будут строиться институциональные здания, создаваться дискурсы истины и прививаться или заимствоваться различные модели.

Пока же мы имеем дело с возникновением дисциплинарной власти, специфический извод которой заявляет здесь о себе, по-моему, с исключительной ясностью, хотя бы потому что дисциплинарная власть вступает в данном случае в поединок с другой формой политической власти, которую я буду называть властью-господством. Иными словами, если исходные гипотезы, которыми я сейчас руководствуюсь, верны, то недостаточно сказать, что в психиатрической практике с самого начала имеет место нечто подобное политической власти; дело, по-моему, обстоит сложнее и будет усложняться чем дальше, тем больше. Но на время я попытаюсь дать схематичную картину. Мы имеем дело не с политической властью вообще, но с двумя совершенно различными и соответствующими двум различным системам, формам функционирования, типами власти: это макрофизика господства, какой она могла действовать в рамках постфеодального, прединдустриального правления, и микрофизика дисциплинарной власти, функционирование которой прослеживается в ряде представленных мной элементов и которая, в этом моем примере, опирается в некотором роде на рассогласованные, разлаженные, разоблаченные детали власти-господства.

Таким образом, отношение господства трансформируется во власть дисциплины. И в самой сердцевине этого превращения мы видим своего рода главную мысль: «Если ты безумен, то будь ты хоть королем, больше ты им не будешь», или же «Будь ты хоть безумцем, королем ты от этого не станешь». Король, в данном случае Георг III, мог излечиться в сцене Уиллиса — или, если угодно, в рассказе Пинеля — лишь при том условии, что

его более не будут считать королем и он подчинится силе, не являющейся силой королевской власти. Положение «Ты не король» кажется мне центральным для протопсихиатрии, которую я пытаюсь проанализировать. И если вы обратитесь к текстам Декарта, где речь идет о безумцах, что считают себя королями, то заметите, что два приводимых Декартом примера безумия — это «считать себя королем» и «иметь стеклянное тело».[11] А все дело в том, что для Декарта и вообще [...*] для всех, кто затрагивал тему безумия до конца XVIII века, «считать себя королем» и верить в то, что «твое тело стеклянное» — одно и то же, два совершенно равноценных заблуждения, в полной мере противоречащих самым элементарным данным чувств. «Считать себя королем» или «верить, что у тебя стеклянное тело» — и то, и другое просто-напросто свидетельствует о безумии как заблуждении.

Теперь же, в протопсихиатрической практике, а следовательно и во всех дискурсах истины, которые вырастут из нее впоследствии, «считать себя королем» — это, как мне кажется, составляет подлинный секрет безумия. И если мы посмотрим, как в это время анализируют бред, иллюзии, галлюцинации и т. д., то выясним, что неважно, считает ли некто себя королем в том смысле, что содержание его бреда сводится к позволению себе исполнять королевскую власть, или, наоборот, в том смысле, что он чувствует себя подавляемым, преследуемым, отторгаемым всеми прочими людьми. Для психиатров этой эпохи «считать себя королем» означает навязывать эту убежденность другим, отвергать всякие возражения, даже со стороны медицинского знания, стремиться даже врача, а в конечном счете и всю лечебницу убедить в том, что ты — король, то есть противопоставлять себя всем иным формам уверенности и знания. Считаете ли вы себя королем или, наоборот, достойным сострадания, само стремление навязать эту убежденность всем окружающим, эта своеобразная тирания — вот что такое «считать себя королем», и именно в этом смысле всякое безумие есть разновидность веры, укорененной в убеждении, что существует владыка всего мира. Психиатры начала XIX века так и говорили, что безумец — это тот, кто забрал себе в голову идею власти. А, скажем, Жорже в

* В магнитной записи лекции: можно сказать.

своем трактате «О безумии» (1820) формулирует центральную проблему психиатрии так: «как разубедить» того, кто считает себя королем?[12]

Я уделил столь значительное внимание сцене с королем по целому ряду причин. Прежде всего мне кажется, что она позволяет лучше понять другую основополагающую сцену психиатрии, о которой я упомянул вначале, — сцену Пинеля, сцену освобождения. На первый взгляд, история о том, как Пинель в 1792 году в Бисетре вошел в палаты и освободил больных, которые были скованы цепями на протяжении недель или месяцев, прямо противоположна сцене низложения короля, заключенного в палату, связанного короля, к которому приставляют пажей-исполинов. Но сравнение двух этих сцен приводит к выводу, что они — звенья одной цепи.

Когда Пинель освобождает в палатах скованных цепями больных, между освободителем и теми, кто обрел свободу, устанавливается своеобразный договор благодарности. Во-первых, освобожденный сознательно и непрерывно благодарит Пинеля своей покорностью; дикое буйство тела, обуздать которое могли лишь цепи, насилие, уступает место постоянному повиновению одной воли другой. Иными словами, снятие цепей оказывается не чем иным, как обеспечением через благодарную покорность особого рода подчинения. И во-вторых, долг благодарности исполняется больным еще раз, теперь уже невольно: как только он попадает в это подчинение, как только сознательная и постоянная благодарность подчиняет его дисциплине медицинской власти, само действие этой дисциплины, исключительно ее собственная сила, обусловливает его дальнейшее исцеление. Это исцеление автоматически становится частью платы за освобождение: больной или, скорее, болезнь больного таким образом воздает врачу причитающуюся ему благодарность.

Как видите, сцена освобождения действительно, в чем, впрочем, нет сомнений, не является сценой гуманистической; но, по-моему, ее можно проанализировать как властное отношение или, вернее, как превращение властного отношения насилия — я имею в виду все эти тюремные атрибуты, камеры, цепи, восходящие к старому типу власти-господства, — в подчинительное отношение, в отношение дисциплины.

Такова первая причина, по которой я привел вам историю о Георге III: она показалась мне основополагающей для психиатрической практики, связываемой обычно с именем Пинеля.

Вторая причина заключается в том, что сцена с Георгом III вписывается, на мой взгляд, в целый ряд других сцен. И прежде всего в серию тех сцен, которые в течение первых двадцати пяти-тридцати лет XIX века закладывают основы протопсихиатрической практики. В первой четверти XIX века формируется, можно сказать, краткая энциклопедия канонических исцелений, в которую входят случаи, публикуемые Хасламом,[13] Пинелем,[14] Эскиролем,[15] Фодере,[16] Жорже,[17] Гисленом.[18] Эта энциклопедия включает полсотни случаев, которые фигурируют, циркулируют затем во всех психиатрических трактатах этой эпохи и все в общем и целом следуют одной и той же модели. Приведу несколько примеров, очень ясно, на мой взгляд, свидетельствующих, что все эти сцены исцеления изоморфны основополагающей сцене исцеления Георга III.

Вот, скажем, история из «Медико-философского трактата» Пинеля: «Военного, который пребывает в состоянии умопомешательства [...], внезапно охватывает непреодолимая идея необходимости выехать в войска». Вечером, вопреки предписанию, он отказывается возвращаться к себе в палату. Когда же его все-таки приводят туда, он начинает рвать и пачкать все вокруг себя; тогда его привязывают к кровати. «В этой насильственной неподвижности он проводит восемь дней и наконец начинает понимать, что не властен исполнить свои капризы. Утром, во время обхода врача, он принимает самый покорный вид и, поцеловав врачу руку, говорит ему: „Ты обещал предоставить мне свободу в пределах лечебницы, если я буду смирным. Прошу тебя, сдержи же свое слово!“ И врач в ответ, улыбаясь, выражает свою радость по поводу возвращения к больному рассудка; он говорит с ним очень мягко и немедленно освобождает от уз...»[19]

Другой пример: некто был одержим идеей «своего всесилия». Останавливала больного только «боязнь погубить армию Конде [...], которой, по его словам, предназначено было исполнить промысел Вечности». И как же была развеяна эта вера? Врач ждал «осечки, которая заставит больного признать свою неправоту, после чего его можно будет лечить со всей строгостью».

И вот «однажды, когда надзиратель посетовал больному на то, что тот оставляет у себя в палате нечистоты и испражнения, больной набросился на него с угрозами расправы. Это оказалось удобным случаем его наказать, а тем самым и убедить в том, что его сила иллюзорна».[20]

Еще один пример: «душевнобольной из лечебницы Бисетр, бред которого всецело заключался в том, что он считал себя жертвой революции, днем и ночью повторял, что готов принять свою участь». Поскольку его должны были гильотинировать, он думал, что заботиться о себе больше нет необходимости, «отказывался ложится в постель» и спал лежа на каменном полу. Надзиратель вынужден был прибегнуть к насильственным мерам: «Больного привязали к постели веревками, но он в отместку стал с неумолимым упорством отказываться от пищи. Уговоры, обещания, угрозы, ничто не помогало». Но по прошествии некоторого времени больной захотел пить; он пил воду, но «сразу отвергал даже бульон, который ему предлагали, равно как и всякую другую жидкую или твердую пищу». На двенадцатый день «надзиратель объявил ему, что отныне, в виде наказания за непокорность, он лишается своей обычной холодной воды и вместо нее будет пить жирный бульон». В конечном итоге жажда взяла верх и он «с жадностью набросился на бульон». А в следующие дни начал принимать твердую пищу и «постепенно вновь обрел все признаки крепкого здоровья».[21] *

Я еще вернусь к более подробному разбору морфологии этих сцен, но сейчас мне важно показать, что у истоков психиатрии XIX века, прежде каких-либо теоретических обоснований, прежде всякой институциональной организации и независимо от того и другого, оказалась определена некоторая тактика обращения с безумием, вычертившая в определенном смысле сеть властных отношений, необходимых для этой своего рода умственной ортопедии, которая должна была приводить к исцелению. И сцена Георга III входит в число этих сцен, она — одна из первых среди них.

* В подготовительной рукописи говорится о еще одном случае, приводимом Пинелем в параграфе IX своего труда: «Это пример, призванный показать, с каким вниманием следует изучать характер душевнобольного, чтобы вернуть его к здравому рассудку» (л. 196—197).

Теперь, мне кажется, можно было бы проследить будущее, развитие, трансформацию этих сцен и выяснить, как, в каких условиях эти протопсихиатрические сцены развивались в течение первой стадии эволюции психиатрии, стадии морального лечения, героем которой был Лере и которая относится к 1840—1870 годам.[22]

Затем протопсихиатрическая сцена, измененная моральным лечением, претерпела еще одну значительную трансформацию, вызванную одним из ключевых в истории психиатрии событий — открытием и практикой гипноза и одновременно изучением истерических явлений.

Так возникла, разумеется, психоаналитическая сцена.

Затем же последовала сцена, если угодно, антипсихиатрическая. И весьма примечательно, что первая, протопсихиатрическая сцена, сцена Георга III, очень близка к той, которую вы найдете в книге Мери Барнс и Берка. Вы знаете об истории Мери Барнс в Кингсли-холле, элементы которой почти те же самые, что и в истории о Георге III:

«Однажды Мери решила подвергнуть мою любовь к ней последнему испытанию. Она измазала себя экскрементами и ждала моей реакции. Меня забавляет то, как она рассказывает об этом: ведь она была совершенно уверена, что экскременты не могут вызвать у меня отвращения. Уверяю вас, все было наоборот. Когда, ни о чем не подозревая, я вошел в игровую комнату и источающая зловоние, словно бы побывавшая в каком-то отвратительном переплете Мери Барнс подошла ко мне, меня охватили ужас и омерзение. Первой мыслью было пойти прочь, и я бросился бежать. К счастью, она не попыталась меня догнать: я готов был побить ее.

Очень хорошо помню, о чем я думал тогда: „Это уже слишком, клянусь Богом. С меня хватит. Теперь ей самой придется заботиться о себе. Я больше не хочу иметь с ней дела“».

Потом, поразмыслив, Берк сказал себе: в конце концов, если он этого не сделает, то с ней будет покончено, а он этого не хочет. И этот последний аргумент не допускал возражений. Он без особых колебаний решил вернуться к Мери Барнс. «Мери так и сидела в игровой комнате, опустив голову, в слезах. Я пробормотал что-то вроде: „Ну пойдем, ничего страшного. Поднимемся и примем горячую ванну“. Чтобы вымыть Мери, понадо-

бился как минимум час. Она была в плачевном состоянии, вся в экскрементах — волосы, подмышки, пальцы. Я видел перед собой героиню старого фильма ужасов — „Призрак мумии“».[23]

Но Берк проглядел протосцену истории психиатрии, историю Георга III, а ведь это в точности она.

В этом году я хотел бы, собственно, предпринять историю этих психиатрических сцен с учетом того, что является для меня постулатом или, во всяком случае, гипотезой: я имею в виду, что эта психиатрическая сцена и то, что в ней вырисовывается, а именно игра власти, подлежат анализу прежде институциональной организации, дискурса истины или заимствования моделей. Кроме того, я предлагаю изучить эти сцены, памятуя о том, что описанная мной сцена Георга III не только является первой в длинном ряду психиатрических сцен, но исторически входит и в совершенно другой комплекс сцен. Вы найдете в протопсихиатрической сцене все то, что можно было бы назвать церемониалом господства: коронование, низложение, повиновение, верноподданничество, отречение от престола, новое восшествие и т. д., но вы найдете в ней и серию ритуалов служения, которые навязываются одними другим: приказывать, подчиняться, соблюдать правила, наказывать, вознаграждать, отвечать, молчать и т. д. А еще вы найдете в ней серию юридических процедур: провозглашать закон, отслеживать его нарушения, добиваться признания, устанавливать вину, выносить приговор, назначать наказание. И наконец, там же вы найдете целую серию медицинских практик, прежде всего важнейшую медицинскую практику кризиса: ждать момента наступления кризиса, следить за его протеканием и завершением, способствовать тому, чтобы здоровые силы одержали верх над силами болезни.

Мне кажется, что подлинная история психиатрии или, во всяком случае, история психиатрической сцены возможна лишь в том случае, если рассматривать психиатрию в этой серии сцен: сцен церемониала господства, ритуалов служения, юридических процедур, медицинских практик, — вместо того чтобы принимать в качестве отправной точки анализ институтов.*

* В подготовительной рукописи уточняется понятие сцены: «Под сценой следует понимать не театральный эпизод, а ритуал, стратегию, бой».

Будем яростными антиинституционалистами. Итак, в этом году я попытаюсь вскрыть микрофизику власти прежде всякого анализа институтов.

И теперь мне хотелось бы вернуться к протопсихиатрической сцене, первый очерк которой я вам представил. Сцена Георга III, на мой взгляд, знаменует собой очень важный поворот, поскольку резко расходится с рядом сцен, выражавших упорядоченный и канонический способ обращения с безумием в предшествующую ей эпоху. Мне кажется, что до конца XVIII века, а отдельные примеры этого будут обнаруживаться и в начале XIX века, обращение врачей с безумием относилось к порядку стратагемы истины. Вокруг болезни, в некотором роде как продолжение болезни, как бы продлевая ее течение, выстраивали некий одновременно фиктивный и реальный мир, где безумие попадало в ловушку реальности, к которой его исподволь подталкивали. Приведу вам один пример — это случай Мейсона Кокса, опубликованный в 1804 году в Англии, а в 1806 году и во Франции, в книге под названием «Наблюдения над умопомешательством».

«Г-н …, тридцати шести лет, меланхолического темперамента, исключительно привязанный к учению, а также склонный к приступам беспричинной грусти, проводил нередко целые ночи над книгами, соблюдая при этом крайнюю умеренность: ограничивая свои потребности водой и полностью обходясь без животной пищи. Его друзья тщетно убеждали его в том, что тем самым он вредит своему здоровью, а его экономка, упорно требовавшая, чтобы он изменил режим, привела его во время этих бдений к мысли, что она угрожает его жизни. Он дошел до уверенности в том, будто она составила план его умерщвления отравленными рубашками, действию которых он стал приписывать свои вымышленные мучения. Ничто не могло заставить его усомниться в этом ужасном подозрении. В конце концов было принято решение изобразить согласие с ним. В его присутствии, соблюдая множество формальностей, с подозрительной рубашкой провели ряд химических опытов, результат которых представили так, будто бы он подтверждает опасения. Экономку подвергли допросу, и, хотя она уверяла, что невиновна, все же удалось изобразить обратное. Было составлено фиктивное постановление о ее аресте, и на глазах больного подставные су-

дебные исполнители его исполнили, сделав вид, что уводят экономку в тюрьму. После этого был проведен консилиум, в ходе которого собравшиеся медики настояли на применении различных противоядий, и после их приема в течение нескольких последующих недель больного наконец удалось убедить в исцелении. Тогда ему был предписан режим и образ жизни, служащие гарантией от рецидива».[24]

Нетрудно увидеть, как в рамках подобной истории функционирует психиатрическая практика. По сути дела речь идет о построении исходя из бредовой идеи своеобразного лабиринта, всецело сообразного самому бреду, гомогенного ошибочной идее, в который и помещается больной. Например, больной думает, будто бы его прислуга дает ему рубашки, пропитанные серой, которая проникает ему под кожу, — ну что ж, продолжим этот бред. Рубашки подвергают химической экспертизе, и она, разумеется, дает положительный результат; поскольку результат положительный, дело направляют в суд; суд получает доказательства, выносит обвинительный приговор, и прислугу как будто бы заключают в тюрьму.

Выстраивается лабиринт, гомогенный бредовой идее, а в конце этого лабиринта располагается то, что как раз и должно привести к исцелению, — своего рода двойной выход, выход на двух уровнях. Во-первых, там происходит событие, пребывающее внутри бреда, то есть на уровне бреда больного заключение виновной санкционирует истинность бреда и вместе с тем убеждает больного в том, что он огражден от того, что на уровне его бреда является причиной болезни. Таков первый выход, относящийся к уровню бреда, обосновывающий бред и устраняющий то, что в рамках бреда функционировало как причина.

А во-вторых, на другом уровне — на уровне врачей и окружающих — происходит нечто совсем иное. Притворяясь, что прислугу заключают в тюрьму, врачи выводят ее из игры, изолируют от больного, и больной оказывается огражден от того, что на самом деле было причиной его болезни, — от своего недоверия или ненависти к прислуге. Тем самым то, что является причиной в рамках бреда, и то, что является причиной бреда, замыкается в одной и той же операции.

Операция и должна была быть единственной: нужно было, чтобы она осуществлялась именно в конце лабиринта бреда, ибо

врачи знали, что будь служанка удалена просто так, не в качестве причины, какою она является в рамках бреда, последний возобновился бы. Больной представлял бы себе, что она снова его преследует, ищет средство его обмануть, или перенес бы недоверие, которое он испытывал к ней, на кого-нибудь другого. Как только бред осуществляют, придают ему реальность, обосновывают его, а одновременно и устраняют то, что в рамках бреда является причиной, складываются условия для его самоликвидации.* И если эти условия самоликвидации бреда являются вместе с тем устранением того, что является причиной самого бреда, то наступает исцеление. Таким образом, если угодно, совмещаются устранение причины бреда и устранение причины в рамках бреда. Эта вилка, к которой приходит лабиринт фиктивной верификации, составляет самый принцип исцеления.

Ибо — и таков третий момент описываемой схемы — как только больной действительно поверил, что его бред был истинным, как только он поверил, что то, что в рамках его бреда было причиной болезни, устранено, он приходит к возможности принять медицинское вмешательство. Под предлогом его лечения от болезни, которая была подстроена прислугой, в эту своеобразную брешь вливают лекарство, являющееся лекарством в рамках бреда, лекарство, которое в рамках бреда должно позволить больному излечиться от болезни, подстроенной прислугой, но вместе с тем и лекарство от бреда — поскольку ему действительно дают медикаменты, которые, оказывая успокаивающее действие, нормализуя давление, устраняя нарушения кровеносной системы и т. д., обеспечивают исцеление. И, как вы видите, лекарство — элемент реальности — функционирует на двух уровнях: как лекарство в рамках бреда и как лечение самого бреда. Вот эта-то своеобразная игра, организуемая вокруг фикции обоснования бреда, и является действительной причиной исцеления.

И как раз эта игра истины — истины в рамках бреда и истины бреда — будет полностью вытеснена в рамках психиа-

* В подготовительной рукописи к лекции далее сказано: «Реально, но в форме, виртуально приемлемой с точки зрения бреда, устраняют то, что в рамках бреда функционирует как причина».

трической практики, зародившейся в начале XIX века. Причем пошатнуло эту систему, на мой взгляд, именно возникновение того, что можно назвать дисциплинарной практикой, — новая микрофизика власти, заложившая ядерные элементы всех психиатрических сцен, которые сформируются впоследствии и на фундаменте которых возникнут как психиатрическая теория, так и психиатрические институты.

Примечания

[1] Ф. Пинель поступил на работу в лечебницу Бисетр 6 августа 1793 г. и 11 сентября того же года принял на себя обязанности «врача медицинской части». О том, как «Филипп Пинель освобождает от цепей душевнобольных в лечебнице Бисетр», сообщает, относя событие к 1792 г., старший сын медика, Сципион Пинель (1795—1859), в апокрифическом тексте, приписанном отцу (Sur l'abolition des chaînes des aliénés, par Philippe Pinel, membre de l'Institut. Note extraite de ses cahiers, communiquée par M. Pinel fils // Archives générales de médecine. 1 année. T. 2. Mai 1823. P. 15—17), и в сообщении для Академии медицины (Bicêtre en 1792. De l'abolition des chaînes // Mémoires de l'Académie de médecine. 1856. N 5. P. 32—40). Художник Шарль Мюллер в 1849 г. запечатлел эту историю на полотне под названием «Пинель освобождает от цепей душевнобольных Бисетра», на которое М. Фуко ссылается в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 483—484, 496—501 [часть III, глава IV]).

[2] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie. Раздел V «Внутренняя полиция и штат надзирателей, необходимые в лечебницах для душевнобольных», § VII «Должны ли маньяки во время приступов подлежать строгой изоляции?». P. 192—193. Георг III (1738—1820), король Великобритании и Ирландии, демонстрировал признаки умопомешательства несколько раз — в 1765, 1788—1789 гг., с февраля по июль 1801 г. и с октября 1810 г. до своей смерти 29 января 1820 г. См.: *Macalpine I., Hunter R.* Georg III and the Mad-Business. New York: Pantheon Books, 1969.

[3] Сэр Фрэнсис Уиллис (1718—1807), владелец заведения для лиц, пораженных умственными расстройствами в Линкольншире, был вызван 5 декабря 1788 г. в Лондон для участия в комиссии, созданной Парламентом, чтобы вынести заключение о состоянии короля. Уиллис наблюдал Георга III до его выздоровления в марте 1789 г. Об этом эпизоде сообщает Ф. Пинель в цитированных выше «Наблюдениях о

моральном режиме...» (*Pinel Ph.* Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des maniaques // Gazette de santé. 1789. N 4. P. 13—15; цит. по: *Postel J.* Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1998. P. 194—197) и в «Медико-философском трактате» (p. 192—193, 286—290), где Пинель цитирует следующий документ: Report from the Committee Appointed to Examine the Physicians who Have Attended His Majesty during His Illness, touching the Present State of His Majesty's Health (Лондон, 1789).

[4] «Трагедия о короле Ричарде III», историческая драма, написанная Шекспиром в конце 1592—начале 1593 г., описывает узурпацию трона герцогом Глочестерским Ричардом, братом короля Эдуарда IV, и его последующую гибель в битве с Босуортом. См.: *Шекспир У.* Ричард III / Пер. А. Радловой // Полн. собр. соч. В 8-ми т. Т. 1. М., 1957. С. 431—579.

[5] «Трагедия о короле Лире», сыгранная при дворе 26 декабря 1606 г., опубликованная впервые в 1608 г., а затем, в переработанной версии, в 1623 г., повествует о странствиях старого короля Лира, изгнанного из своего дворца старшими дочерьми, Гонерильей и Реганой, в пользу которых он лишил наследства младшую дочь, Корделию, давшую затем приют его последним дням. См.: *Шекспир У.* Король Лир / Пер. Б. Пастернака // Полн. собр. соч. В 8-ми т. Т. 6. М., 1960. С. 427—568. М. Фуко ссылается на эту трагедию также в «Истории безумия» (p. 49), указывая на кн.: *Adnès A.* Shakespeare et la folie. Étude médico-psychologique. Paris, 1935. Затем исследователь вновь вернется к «Королю Лиру» в курсе лекций в Коллеж де Франс за 1983—1984 учебный год «Руководство собой и другими. Смелость истины» (лекция от 21 марта 1984 г.).

[6] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 192.

[7] *Pinel Ph.* Ibid. P. 193.

[8] *Pinel Ph.* Ibid. P. 193.

[9] 6 января 1838 г. министр внутренних дел Гаспарен представил в Палату депутатов проект Закона о душевнобольных, который 22 марта был принят Палатой пэров, 14 июня — Палатой депутатов и 30 июня 1838 г. вступил в силу. См.: *Castel R.* L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Éd. de Minuit, 1976. P. 316—324.

[10] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 193.

[11] М. Фуко имеет в виду слова Декарта о «безумных, мозг которых настолько поврежден, что они постоянно уверяют, что короли, тогда как они бедны [...] или воображают, что у них стеклянное тело» (*Descartes R.* Méditations touchant la première philosophie [1641] / Trad. du duc de Luynes, 1647 [«Первое размышление: О вещах, которые могут

быть подвергнуты сомнению»] // Œuvres et Lettres / Éd. par A. Bridoux. Paris: Gallimard, 1952. P. 268). См. также: *Foucault M.* Mon corps, ce papier, ce feu // Paideia. Septembre 1971 (*Foucault M.* Dits et Écrits, 1954—1988 / Éd. par D. Defert & F. Ewald, collab. J. Lagrange. Paris: Gallimard, 1994. 4 vol. [далее — DE]. II. P. 245—268; Histoire de la folie. P. 583—603 [приложение II]).

[12] Э.-Ж. Жорже: «Ничто не способно разубедить их в этом. Скажите [...] мнимому королю, что он не король, и в ответ вы услышите проклятья» (*Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie... P. 282).

[13] См. выше: с. 31, примеч. 5.

[14] См. выше: с. 31, примеч. 3. В подготовительной рукописи М. Фуко указывает случаи, фигурирующие в труде Пинеля в разделе II, § VII «Энергичные репрессивные действия» (p. 58—59), там же в § XXIII (p. 96—97), а также в разделе V «Внутренняя полиция и штат надзирателей, необходимые в лечебницах для душевнобольных», глава 3 (p. 181—183) и § IX (p. 196—197).

[15] См. выше, с. 31, примеч. 4.

[16] *Fodéré F. E.* [1] Traité de délire; [2] Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie vraie, simulée et raisonnée, sur leurs causes et les moyens de les distinguer, sur leurs effets excusant ou atténuant devant les tribunaux, et sur leur association avec les penchants au crime et plusieurs maladies physiques et morales. Strasbourg: Le Roux, 1832.

[17] *Georget E. J.* [1] De la folie; [2] De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. Recherches sur les maladies nerveuses en générale, et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif. 2 vol. Paris: Baillière, 1821.

[18] Жозеф Гислен (1797—1860). *Guislain J.* [1] Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés. Amsterdam: Van der Hey et Gartman, 1826. 2 vol.; [2] Traité sur les phrénopathies ou Doctrine naturelle nouvelle des maladies mentales, basée sur des observations pratiques et statistiques, et l'étude des causes, de la nature des symptômes, du pronostic, du diagnostic et du traitement de ces affections. Bruxelles: Établissement Encyclographique, 1833.

[19] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 58—59 (раздел II, § VII).

[20] Ibid. P. 96—97, n. 1 (раздел II, § XXIII).

[21] Ibid. P. 181—183 (раздел V, § III).

[22] Франсуа Лере излагает свои положения в кн.: [1] Mémoire sur le traitement moral de la folie // Mémoires de l'Académie royale de la médecine. T. 7. Paris, 1838. P. 552—576; [2] Du traitement moral de la folie; [3] Mémoire sur la révulsion morale dans le traitement de la folie // Mémoires de l'Académie royale de la médecine. T. 9. 1841. P. 655—671; [4] Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie. Paris, Le Normant, 1846.

[23] Мери Барнс, медсестра, в сорокадвухлетнем возрасте поступила на работу в приют для страдающих умственными расстройствами в Кингсли-холле, открывшийся в 1965 г. и прекративший прием 31 мая 1970 г., и провела там пять лет. Ее история известна благодаря книге, написанной ею совместно с Дж. Берком, ее начальником, врачом-терапевтом. См.: *Barnes M. & Berke J.* Mary Barnes. Two Accounts of a Journey through Madness. Londres: McGillon and Lee, 1971 (франц. изд.: *Barnes M. & Berke J.* Mary Barnes. Un voyage autour de la folie / Trad. M. Davidovici. Paris: Le Seuil, 1973. P. 287—288).

[24] Джозеф Мейсон Кокс (1763—1818). *Mason Cox J.* Practical Observations on Insanity. Londres, 1804 (франц. изд.: *Mason Cox J.* Observations sur la démence / Trad. L. Odier. Genève: Bibliothèque Britannique, 1806. P. 80—81).

Лекция от 21 ноября 1973 г.

Генеалогия «дисциплинарной власти». «Власть-господство». Функция-субъект в рамках дисциплинарной власти и в рамках власти-господства. — Формы дисциплинарной власти: армия, полиция, профессионально-техническое образование, мастерская, школа. — Дисциплинарная власть как «нормализующая инстанция». — Технология дисциплинарной власти и образование «индивида». — Возникновение наук о человеке.

Можно сказать, что между 1850 и 1930 годами классическая психиатрия без особых внешних проблем господствовала и функционировала, исходя из дискурса, который она рассматривала и применяла как дискурс истинный. Во всяком случае она выводила из этого дискурса необходимость института лечебницы и вместе с тем необходимость осуществления в пределах этого института особой медицинской власти как эффективного внутреннего закона. Короче говоря, психиатрия выводила из некоторого истинного дискурса необходимость определенного института и определенной власти.

Можно сказать, мне кажется, и следующее: институциональная критика — я едва не назвал ее «антипсихиатрической», — словом, некоторая форма критики, сложившаяся начиная с 1930—1940-х годов,[1] напротив, исходила не из предположительно истинного психиатрического дискурса, позволяющего вывести из него необходимость медицинских института и власти, но из факта института, функционирования института, критики института — с целью выявить, с одной стороны, вершимое там медицинской властью насилие, а с другой — эффекты умолчаний, заведомо разлаживающие действие предположительной истины этого медицинского дискурса. Другими словами, анализ такого типа, если хотите, стремился разоблачить власть и проанализировать эффекты умолчания, исходя из института.

Я же, наоборот, попытаюсь — для того-то я и начал этот курс именно так, — выдвинуть на первый план саму проблему власти. И чуть позже я коснусь поподробнее отношений между этим анализом власти и проблемой того, чем же может быть истина дискурса о безумии.[2]

Я начал со сцены рандеву Георга III и его слуг, которые были одновременно агентами медицинской власти, потому что она показалась мне хорошим примером рандеву между властью, являющейся в лице короля властью-господством, которую и воплощал этот король-безумец, и властью другого типа, властью анонимной, безмолвной и парадоксальным образом опирающейся на одновременно физическую, послушную и не выраженную словесно силу слуг. С одной стороны, разнузданность короля, а с другой, напротив, — рассчитанная сила слуг. А вместе с нею и терапевтическая операция, которую Уиллис и вслед за ним Пинель сочли способной отвести безумие от господства, которое оно приводило в неистовство и внутри которого неистовствовало само, к дисциплине, призванной его укротить. Таким образом, прежде всякого института и вне всякого дискурса истины в этой поимке безумия заявила о себе особого рода власть, которую я буду называть «властью дисциплины».

Что она представляет собой? Гипотеза, которую я хотел бы выдвинуть, заключается в том, что в нашем обществе существует дисциплинарная власть. Под этим термином я имею в виду не более чем некую конечную, капиллярную форму власти, последний передатчик власти, некую модальность, посредством которой политическая власть, власть вообще могут на самом нижнем уровне коснуться тел, приникнуть к ним, взять под контроль жесты, поступки, привычки, слова, — то есть тот способ, каким все эти власти, склоняясь вниз и приближаясь к индивидуальным телам вплотную, берут в оборот, преобразуют, направляют то, что Серван называл «мягкими тканями мозга».[3] Я считаю, иными словами, что дисциплинарная власть есть особая, специфически присущая нашему обществу модаль-

ность того, что можно назвать синаптическим контактом тела и власти.*

Вторая моя гипотеза заключается в том, что дисциплинарная власть, взятая в ее специфике, имеет свою историю, что эта власть родилась не вдруг, но и не существовала всегда, что она формировалась и при этом, в известном смысле, пересекала западное общество по диагональной траектории. Если ограничиться историей от Средневековья до наших дней, то, я думаю, можно сказать, что эта власть в своей специфике формировалась не совершенно на краю средневекового общества, но и определенно не в его центре. Она формировалась внутри религиозных сообществ и затем из этих религиозных сообществ перешла, претерпев изменения, в сообщества светские, которые развивались и множились в период предреформации, в XIV—XV веках. Можно ясно проследить процесс этого перенесения на примере ряда немонастырских светских сообществ, подобных знаменитому Братству общежития, которые на основе ряда техник, взятых из монастырской жизни, а также аскетических практик, заимствованных из традиции религиозного опыта в целом, определили дисциплинарные методы, относящиеся к повседневной жизни, — педагогику.[4] И это лишь один из примеров своеобразного роения монастырских и аскетических дисциплин в преддверии Реформации. Постепенно эти техники, распространившиеся в то время очень широко, пронизали собою общество XVI и особенно XVII веков, чтобы в XIX веке отлиться в общую форму синаптического контакта политической власти и индивидуального тела.

Конечной же точкой этой эволюции, шедшей, если взять скорее символический ориентир, от Братства общежития, то есть с XIV века, и до стадии расцвета, то есть до момента, когда дисциплинарная власть становится абсолютно генерализованной социальной формой, является, как мне кажется, «Паноптикум» Бентама (1791),[5] который в самом общем виде выразил политико-техническую формулу дисциплинарной власти. На мой взгляд, рандеву Георга III и его слуг, почти современное «Паноптикуму», это рандеву безумия короля и медицинской дисциплины является одной из исторических и символических точек возникновения и окончательного установления дисциплинарной власти в обществе. И как мне кажется, нельзя анализировать функционирование психиатрии, ограничиваясь лишь функционированием института лечебницы. Вполне понятно, что анализ функционирования психиатрии невозможен, если исходить из предположительно истинного психиатрического дискурса, но я думаю, что он невозможен и с опорой на анализ института. Понять механизм психиатрии можно лишь через функционирование дисциплинарной власти.

*

Так что же такое дисциплинарная власть? Об этом я и хотел бы поговорить с вами сегодня вечером.

Ответить на поставленный вопрос не так-то просто. Прежде всего потому, что я взял все же довольно широкие временные рамки: я буду приводить примеры дисциплинарных форм, возникших в XVI веке и развивавшихся до самого конца XVIII века. Но сложность также и в том, что по-хорошему эту дисциплинарную власть, эту смычку тела и власти следовало бы проанализировать в противопоставлении власти другого типа, которая ей предшествовала и оказалась ею перекрыта. Так я и попытаюсь поступить, не будучи до конца уверен в том, что я вам скажу.

Мне кажется, что можно было бы противопоставить дисциплинарную власть другой власти, которая ей исторически предшествовала и с которой, впрочем, она сама долгое время переплеталась, прежде чем взять над ней верх. Эту власть, которая предшествовала дисциплинарной, я буду называть, в отличие от нее (и не будучи вполне доволен этим термином), властью-господством. И вы сейчас поймете, почему.

*

Что такое власть-господство? Во-первых, это такое властное отношение, которое связывает господина и подданного парой асимметричных уз: с одной стороны, узами обложения и, с

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Методологически этим подразумевается, что мы оставляем в стороне проблему государства, государственных аппаратов, и освобождаемся от психосоциологического понятия авторитета».

другой — узами траты. Господин в рамках отношения господства изымает продукты, сельскохозяйственные сборы, предметы промысла, оружие, рабочую силу, воинское мужество, а также время, службу и не возвращает изъятое, ибо не должен возвращать, но в процессе симметричного обмена тратит; трата господина может принимать форму дара, совершающегося в рамках ритуальных церемоний, — таковы праздничные дары, дары к рождению ребенка, — или форму службы, причем службы совсем другого типа, нежели служба подданного, — таковы служба защиты или религиозная служба, осуществляемая Церковью. Наконец, трата может принимать форму оплаты расходов, когда в праздники или для организации войны сеньор оплачивает жалованьем труд своих приближенных. Вот такая система обложения—траты характеризует, как мне кажется, власть-господство. Разумеется, обложение всегда значительно превосходит трату, и асимметрия их столь велика, что за отношением господства и несоразмерной парой обложение—трата сразу угадываются очертания насилия, грабежа, войны.

Во-вторых, отношение господства всегда, по-моему, несет на себе отпечаток некоего основополагающего прошлого. Чтобы это отношение имело место, нужно нечто из разряда божественного права, завоевания, победы, акта подчинения, присяги на верность, договора между господином, дающим привилегии, помощь, защиту и т. д., и подданным, который взамен берет на себя обязательства; или, наконец, нужны обстоятельства рождения, права крови. Короче говоря, отношение господства всегда, если угодно, оглядывается на нечто раз и навсегда заложившее его основу. Причем это не мешает его регулярной или нерегулярной реактуализации, и отношение господства всегда — такова еще одна его особенность — реактуализуется посредством некой церемонии, ритуала или же рассказа; оно актуализуется в жестах, атрибутах, одеяниях, обязательных приветствиях и знаках уважения, знаках отличия, гербах и т. д. Всякое отношение господства поддерживается неким предшествием и реактуализуется в ряде более или менее ритуальных жестов, потому что отношение это в некотором смысле неприкосновенно, дано раз и навсегда, и вместе с тем непрочно, всегда находится под угрозой угасания, прекращения. Таким образом, чтобы это отношение действительно сохранялось помимо обряда возобновления, реактуализации, помимо игры ритуальных знаков, всегда есть необходимость в неком властном дополнении или в угрозе насилия, которая всегда рядом с отношением господства, всегда маячит за ним, одухотворяет его и удерживает на плаву. Изнанкой господства является насилие, война.

В-третьих, отношения господства не изотопны. Я имею в виду, что они перекрещиваются, переплетаются друг с другом таким образом, что в них нельзя выявить систему с исчерпывающей и планомерной иерархией. Отношения господства — это множество постоянно возникающих отношений дифференциации, хотя это и не отношения классификации; они не образуют единую иерархическую таблицу, элементы которой были бы строго соподчинены. То, что отношения господства не изотопны, значит прежде всего, что они лишены общей меры, взаимно гетерогенны. Например, есть отношения господства между крепостным и сеньором, есть другие, абсолютно неравнозначные им отношения господства между держателем фьефа и сюзереном, и есть также отношения господства клирика над мирянином; интегрировать все эти отношения в некую действительно единую систему невозможно. И более того, не-изотопия отношения господства проявляется еще и в том, что элементы, включаемые, задействуемые им, не эквивалентны: отношение господства вполне может распространяться на узы между сувереном или сюзереном — в схематичном анализе я не учитываю их различия — и семьей, коллективом, членами прихода, жителями региона, но может относиться и не к этим человеческим группам, а к земле, дороге, орудию труда, например, к мельнице, к их пользователям: люди, проходящие по мосту или дороге, подпадают тем самым под отношение господства.

Таким образом, как вы видите, отношение господства — это отношение, в котором элементом-субъектом не всегда является и даже, можно сказать, почти никогда не является индивид, индивидуальное тело. Отношение господства прилагается не к соматической единичности, а к множественностям, в известном смысле парящим над телесной индивидуальностью, — к семьям, пользователям чего-либо, или, наоборот, к фрагментам, отдельным аспектам индивидуальности, соматической единичности: так, на основании того, что вы сын X, жителя такого-то города

и т. п., вы подпадаете под отношение господства как господин или, наоборот, подданный, и в различных своих аспектах можно быть одновременно подданным и господином, так что полная картина всех этих отношений никогда не может быть выражена в единой таблице.

Иначе говоря, в рамках отношения господства то, что я буду называть функцией-субъектом, движется, циркулирует над и под соматическими единичностями, так же как и тела циркулируют, перемещаются, обретают привязку то тут, то там, скользят. Таким образом, в отношениях господства идет постоянная игра сдвигов, тяжб, смещающих друг относительно друга функции-субъекты и соматические единичности, или — если сказать одним словом, которое мне не нравится (я вскоре объясню, почему), — индивидов. И привязка функции-субъекта к определенному телу может осуществляться исключительно вре́менным, случайным, мгновенным образом, например в ходе церемоний; в этот конкретный момент тело индивида маркируется знаком отличия, жестом, который он совершает: такова, например, клятва на верность — момент, когда соматическая единичность принимает на себя печать господства от того, кому клянется; подобным же образом господство подтверждает свои права и силой предписывает их тому, кого оно подчиняет, в рамках насилия. Иными словами, даже там, где отношение господства применяется, если угодно, к нижней границе самого этого отношения, вы никогда не найдете равенства между ним и телесными единичностями.

Если же вы посмотрите на его вершину, то, наоборот, обнаружите отсутствующую внизу индивидуализацию; она как раз и вырисовывается по мере движения вверх. Имеет место постепенная индивидуализация отношения господства снизу вверх, то есть по направлению к суверену. Отношение господства с необходимостью вовлекает в себя своего рода монархическая спираль. То есть, поскольку отношение господства не изотопно, но подразумевает постоянные тяжбы, сдвиги, поскольку за господством всегда кипят хищения, грабежи, войны и т. д., а индивид как таковой никогда в это отношение не вовлечен, необходимо, чтобы в определенный момент и непременно вверху было нечто, обеспечивающее арбитраж; нужна уникальная, индивидуальная точка, являющаяся вершиной всей этой совокупности гетеротопных друг другу и невыразимых в единственно верной таблице отношений.

Индивидуальность суверена предполагается неиндивидуальностью элементов, к которым применяется власть-господство. Следовательно, необходим суверен, который в качестве его собственного тела является точкой, к которой сходятся все эти столь многочисленные, столь многообразные, столь несогласуемые отношения. Вот почему на вершине такого рода власти мы обязательно встречаем короля в его индивидуальности, с его королевским телом. И тут же сталкиваемся с поразительным феноменом, которое изучил в книге «Двойное тело короля»[6] Канторович: король, чтобы обеспечивать свое господство, должен быть индивидом-обладателем тела, но вместе с тем это тело не должно гибнуть вместе с соматической единичностью короля; нужно, чтобы после смерти монарха монархия сохранялась, нужно, чтобы тело короля, удерживающее вместе все эти отношения господства, не исчезало вместе с умершими индивидами X или Y. Требуется некое постоянство королевского тела; нужно, чтобы тело короля было не просто его соматической единичностью, но чем-то бóльшим — незыблемостью его королевской власти, его короны. Выходит, что индивидуализация, которая вырисовывается у вершины отношения господства, подразумевает умножение королевского тела. Тело короля — по меньшей мере двойное, согласно Канторовичу, а начиная с некоторой эпохи, если рассмотреть его в деталях, это тело абсолютно множественное.

Итак, можно сказать следующее: отношение господства вводит, применяет нечто подобное политической власти над телом, но никогда не выпускает на свет индивидуальность.* Перед нами власть, не имеющая своей индивидуализирующей функции, намечающая индивидуальность только с приближением к суверену, да и то ценой этого курьезного, парадоксального и мифологического умножения тела. С одной стороны — тела́, но без индивидуальности, а с другой — индивидуальность, но с умножением тела.

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Субъективный полюс никогда не находится в устойчивом совпадении с соматической сингулярностью за пределами ритуала маркирования».

*

А теперь перейдем к дисциплинарной власти, ибо именно о ней прежде всего я намерен говорить.

Мне кажется, что ее можно почти во всем противопоставить власти-господству. Во-первых, дисциплинарная власть не пользуется этим механизмом, этой асимметричной смычкой обложения-траты. В дисциплинарном диспозитиве нет дуализма, нет асимметрии, нет этого дробного подхода. Дисциплинарная власть характеризуется, по-моему, прежде всего тем, что она подразумевает не изъятие продукта, части времени или какого-либо вида службы, но полный охват — во всяком случае, она стремится быть таким исчерпывающим охватом — тела, жестов, времени, поведения индивида. Это изъятие тела, а не продукта, изъятие всего времени, а не какой-либо службы.

Ярчайшим примером здесь может быть развитие в конце XVII и на всем протяжении XVIII века военной дисциплины. До конца XVII века, приблизительно до Тридцатилетней войны, военной дисциплины не существовало; имел место постоянный переход из бродяжничества в армию, которую всегда составляла группа людей, рекрутировавшихся при необходимости, на ограниченное время, кормившихся в военное время грабежами и живших в чужих домах на оккупированной территории. Иначе говоря, в рамках этой системы, принадлежавшей еще к порядку господства, у людей брали определенную часть жизни и имущества, поскольку они должны были являться со своим оружием, а взамен обещали вознаграждение в виде грабежей.

С середины же XVII века в армии появляется дисциплинарная система; возникает расквартированная армия, в которой солдаты заняты делом. Заняты весь день, все время кампании, заняты, за вычетом отдельных демобилизаций, и в мирный период, в конечном счете — всю свою жизнь, так как с 1750 или 1760 года по прекращении службы солдат получал пенсию и становился солдатом в запасе. Военная дисциплина постепенно становится всеобщей конфискацией тела, времени, жизни; это уже не отбор активности индивида, но отбор его тела, жизни и времени. Всякая дисциплинарная система, как мне кажется, стремится отнять у индивида его время, его жизнь и его тело.[7]

Во-вторых, дисциплинарная система не нуждается, для того чтобы действовать, в этой точечной, ритуальной, более или менее цикличной игре церемоний и маркировок, о которой я говорил. Дисциплинарная власть не точечна, наоборот, она подразумевает процедуру непрерывного контроля. В дисциплинарной системе вы находитесь не во вре́менном распоряжении кого-то, но под чьим-то постоянным взглядом или, во всяком случае, в ситуации наблюдения за вами. Вы не маркированы жестом, совершенным раз и навсегда, или ситуацией, заданной изначально; вы видимы, вы в постоянной ситуации наблюдения. Более точно можно сказать, что в рамках отношения дисциплинарной власти нет отсылки к некому исконному акту, событию или праву; наоборот, дисциплинарная власть отсылает скорее к некому конечному или оптимальному положению. Эта власть смотрит в будущее, думает о моменте, когда дело пойдет само и надзор будет уже не более чем виртуальным — когда дисциплина, следовательно, войдет в привычку. Перед вами генетическая поляризация, временной градиент дисциплины, прямо противоположные отсылке к прошлому, которая была обязательным элементом власти-господства. Всякая дисциплина подразумевает эту своеобразную генетическую нить, в направлении которой из точки, данной не как неизменяемая ситуация, а наоборот, как нулевая точка начала дисциплины, должно развиться нечто такое, что позволит дисциплине действовать без всякого руководства. Но чем обеспечивается это постоянное функционирование дисциплины, эта своего рода генетическая непрерывность, присущая дисциплинарной власти? Конечно же, не ритуальной или цикличной церемонией; наоборот, она обеспечивается упражнениями, целенаправленными и поступательными упражнениями, из которых и складываются на всем протяжении временно́й шкалы рост и совершенствование дисциплины.

Здесь опять-таки можно привести пример армии. В армии, какою она существовала в рамках того, что я называю властью-господством, было нечто такое, что можно назвать упражнениями, но функцией последних было отнюдь не упражнение в дисциплине: я имею в виду поединки, игры. Военные, по крайней мере военные по статусу, то есть дворяне, рыцари, регулярно устраивали бои между собой. С одной стороны, эти бои можно истолковать как упражнения, как поддержание физической фор-

мы и т. п., но главным образом, я думаю, они были своего рода повторением храбрости, испытанием, которым человек демонстрировал, что он всегда может подтвердить свой статус рыцаря и тем самым воздать должное тому положению, которое было его положением и благодаря которому он обладал рядом прав и получал ряд привилегий. Отчасти поединок был упражнением, и все же в основном он был цикличным повторением того главного испытания, посредством которого рыцарь становился рыцарем.

Напротив, с XVIII века, особенно со времени Фридриха II и прусской армии, в армии появляется то, чего раньше практически не было, — физические упражнения. Физические упражнения, заключающиеся — и в армии Фридриха II, и в других западноевропейских армиях конца XVIII века — не в чем-то подобном поединку, не в повторении, не в воссоздании военных действий. Физические упражнения — это тренировка тела. Это тренировка ловкости, строевой ходьбы, выносливости, элементарных движений, причем тренировка поступательная, в корне отличная от циклично повторявшихся поединков и игр. Не церемония, но упражнение — вот средство, которым обеспечивается генетическая непрерывность, характеризующая, по моему мнению, дисциплину.[8]

Чтобы дисциплине всегда быть этим контролем, этой непрерывной и всеобъемлющей опекой тела индивида, она, как мне кажется, обязательно должна пользоваться орудием письменности. Иначе говоря, если отношение господства подразумевает актуализацию маркировки, то дисциплине с ее требованием полной видимости и построением генетических нитей — этого присущего ей иерархического континуума — необходимо письмо. Прежде всего, чтобы вести запись, регистрацию всего происходящего, всего, что делает индивид, всего, что он говорит, но также и чтобы передавать информацию снизу вверх, по всей иерархической лестнице, и, наконец, чтобы всегда иметь доступ к этой информации и тем самым соблюдать принцип всевидения, который, по-моему, является вторым основным признаком дисциплины.

Использование письма является, на мой взгляд, обязательным условием всеохватности и непрерывности дисциплинарной власти, и мы можем проследить, как с XVII—XVIII веков в армии

и школах, в ремесленных училищах, в полицейской и судебной системе и т. д. тела, поступки, речи людей постепенно обволакивались тканью письма, своего рода графической плазмой, которая записывала, кодировала их, перемещала их по иерархической лестнице и в конечном итоге централизовала. Таким было, как мне кажется, новое, прямое и непрерывное отношение письма к телу.* Видимость тела и постоянство письма идут рука об руку, и их следствием, очевидно, является то, что можно назвать схематической и централизованной индивидуализацией.

Приведу вам два примера этого действия письма в рамках дисциплины. Первый пример связан с ремесленными училищами, возникшими во Франции во второй половине XVII века и распространявшимися весь XVIII век. Что представляло собой корпоративное обучение в Средние века, в XVI, да и в XVII веках? Ученик за определенную плату поступал к мастеру, и обязанностью того, в соответствии с уплаченной суммой, было передать ученику все свои знания. Взамен ученик должен был оказывать мастеру всю помощь, о которой тот попросит. Таким образом, ежедневная служба обменивалась на ту большую службу, которой была передача знаний. Единственной формой контроля по завершении обучения был шедевр, предоставлявшийся на суд совета ремесленной гильдии, то есть тех, кто возглавлял ее в данном городе.

Во второй же половине XVII века возникают совершенно новые институты, в качестве примера которых я возьму организованную в 1667 году и постепенно развивавшуюся вплоть до окончательной регламентации в 1737 году Профессиональную школу рисунка и ковроткачества.[9] Обучение в ней велось совсем по-другому. Все ученики подразделялись на возрастные группы, и каждой из этих групп давалась работа того или иного типа. Эта работа выполнялась учениками в присутствии преподавателей, то есть людей, которые за ними наблюдали, и затем оценивалась, равно как и поведение, старательность и аккуратность ученика во время ее выполнения. Оценки заносились в ведомости, которые сохранялись и затем передавались по иерархи-

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «Тела, жесты, поступки, речь постепенно охватываются тканью письма, графической плазмой, которая записывает, кодирует, схематизирует их».

ческой лестнице, вплоть до директора Мануфактуры гобеленов. Тот в свою очередь направлял министру двора краткий рапорт о качестве работы, способностях ученика, а также о возможности считать или не считать его мастером. Как вы видите, вокруг поступков ученика сплетается целая письменная сеть, которая сначала кодирует все его поведение согласно заранее установленной шкале оценок, затем схематизирует и в конечном итоге передает его в пункт централизации, где выносится решение о его мастерстве или негодности. Нагрузка письмом, затем кодификация, трансферт и централизация, а в целом — образование схематической и централизованной индивидуальности.

То же самое относится и к полицейской дисциплине, распространившейся в большинстве стран Европы и прежде всего во Франции во второй половине XVIII века. Во второй половине предшествующего столетия письмо использовалось в полицейской практике очень мало: правонарушение, не относящееся к юрисдикции суда, рассматривалось лейтенантом полиции или его заместителями, которые и выносили решение, после чего оно просто записывалось. Затем же, на протяжении XVIII века, нагрузка индивида письмом постепенно усиливается. Возникает практика контрольных посещений: инспектора приходят в различные исправительные дома и осматривают содержащихся там, выясняют, почему человек арестован, когда это произошло, как он ведет себя с тех пор, улучшилось ли его поведение и т. д. Система совершенствуется, и во второй половине столетия начинают составлять досье, в том числе на тех, кто так или иначе сталкивался с полицией или в чем-либо подозревался. Приблизительно к 1760-м годам полицейским чиновникам вменяется в обязанность составлять на подозреваемых рапорты в двух экземплярах, один из которых остается в полицейском участке и таким образом позволяет наблюдать за человеком там, где он живет, — разумеется, эти рапорты полагалось обновлять, — тогда как второй, копия, отправляется в Париж, где в министерстве его регистрируют и рассылают в другие крупные регионы, в ведение местных полицейских лейтенантов, чтобы в случае перемещений человека можно было быстро установить его местонахождение. Таким образом, на основе техник того, что я буду называть постоянной нагрузкой письмом, складываются полицейские биографии или, точнее, индивидуальности людей.

И в 1826 году, когда в полиции вводится применение картотек, использовавшихся ранее в библиотеках и ботанических садах, формирование этой административной и централизованной индивидуальности можно считать завершенным.[10]

Наконец, непрерывная и постоянная видимость, обеспечиваемая письмом, имеет еще одно важное следствие: эта действительно постоянная в рамках дисциплинарной системы видимость позволяет дисциплинарной власти реагировать с необычайной скоростью. В отличие от власти-господства, вступающей в дело лишь насильственно, время от времени, путем войны, показательной казни, церемонии, власть дисциплинарная может воздействовать <на индивида> беспрерывно с самого начала, с первого его жеста, с первых его проявлений. Ей внутренне присуща склонность вмешиваться в дело в самый момент его свершения, когда виртуальное только становится реальным; дисциплинарная власть всегда стремится предупредить, вмешаться по возможности еще до того, как нечто произойдет, путем игры надзора, поощрений, наказаний и санкций досудебного характера.

И если изнанкой отношения господства, как мы говорили, была война, то изнанкой дисциплинарного отношения является, как мне кажется, наказание — минимальное и вместе с тем непрерывное карательное воздействие.

Примеры этого также могут быть найдены в области рабочей дисциплины, дисциплины мастерскóй. Показательно, что в контрактах с работниками, которые подписывались с очень давних пор, некоторые — еще в XV и XVI веках, нанимаемый должен был выполнить работу в определенный срок или отдать столько-то рабочих дней своему заказчику. Если работа не была завершена в срок или если часть рабочих дней не предоставлялась, работнику полагалось уплатить эквивалентную невыполненной работе сумму денег или же предоставить в виде штрафа еще какое-то количество труда. Иными словами, карательная система опиралась на то, функционировала исходя из того, что было действительно совершено — либо как нанесение урона, либо как провинность.

С XVIII века, напротив, устанавливается дисциплина мастерской — дисциплина поддерживаемая и относящаяся в некотором смысле к виртуальным поступкам. Согласно уставам мастерских этого времени, поведение рабочих по отношению

друг к другу подлежит надзору, фиксируются опоздания и прогулы, наказывается все, что может быть отнесено к рассеянности. Так, в уставе Мануфактуры гобеленов (1680) уточняется, что даже если некто поет за работой псалмы, их нужно петь как можно тише, дабы не отвлекать работающих рядом.[11] Встречаются уставы, в которых говорится, что после завтрака или обеда, возвращаясь на работу, не следует рассказывать фривольные истории, так как это расхолаживает работников и им уже не удается сосредоточиться на труде. Таким образом, дисциплинарная власть воздействует непрерывно, причем обращена она не на промашку или нанесенный урон, но на некую поведенческую виртуальность. Еще до того, как поступок будет совершен, должно быть замечено нечто, позволяющее дисциплинарной власти вмешаться — вмешаться в известном смысле до совершения поступка, до тела, жеста или слова, на уровне виртуальности, предрасположенности, воли; на уровне души. Так, за дисциплинарной властью намечается абрис души — души, резко отличающейся от той, чье определение можно найти в христианских теории и практике.

Чтобы подытожить этот второй аспект дисциплинарной власти, который можно охарактеризовать как паноптизм, как окружение тел индивидов абсолютной и постоянной видимостью, скажем следующее: этот паноптический принцип — видеть всё, видеть всегда, видеть всех и т. п. — вводит генетическую полярность времени, прибегает к централизованной индивидуализации, основа и орудие которой — письмо, и предполагает непрерывное карательное воздействие на виртуальности поведения, наделяющее тело индивида — как бы снаружи — неким подобием души.

И наконец, третья особенность дисциплинарного диспозитива, также противопоставляющая его диспозитиву господства, такова: дисциплинарные диспозитивы изотопны или, во всяком случае, стремятся к изотопии. И это выражается сразу в нескольких феноменах.

Во-первых, каждый элемент занимает в рамках дисциплинарного диспозитива свое определенное место, имеет подчиненные ему элементы и элементы вышестоящие. Звания в армии, четкое деление на возрастные классы, а этих классов — на постоянные места для каждого, в школе — все это возникшие в XVIII веке

яркие примеры изотопии. Не стоит забывать, — поскольку важно, к чему это вело, — что в классах, упорядоченных по модели иезуитских коллежей[12] и особенно по модели школы Братства общежития, места учеников определялись степенью их успеваемости.[13] *Locus** индивида — так называлось и место, занимаемое им в классе, и его место в иерархии оценок и достижений. Таков превосходный пример изотопии дисциплинарной системы.

Как следствие, перемещение в этой системе не может быть скачкообразным, носить характер тяжбы, войны, милости и т. п.; оно не может идти вразрез, как это было при власти-господстве, и совершается в закономерном движении, через экзамен, конкурс, стаж работы и т. п.

Во-вторых, изотопия дисциплинарной власти означает, что между этими различными соревновательными системами нет несовместимости. Между различными дисциплинарными диспозитивами должно быть возможным сочленение. Именно по причине кодификации, и схематизации, этих формальных особенностей дисциплинарного диспозитива, между их элементами всегда должна быть возможность перехода. Школьное деление на классы без особого труда и с минимальными поправками преобразуется в социально-технические иерархии взрослых. Иерархизация, которую мы находим в дисциплинарной системе армии, вбирает в себя, трансформируя их дисциплинарные иерархии гражданской системы. Короче говоря, изотопия этих различных систем почти абсолютна.

Наконец, в-третьих, изотопия означает следующее: принцип распределения и классификации всех элементов дисциплинарной системы с необходимостью предполагает некий остаток, иначе говоря, всегда есть нечто «неклассифицируемое». В рамках отношений господства возможным тупиком был тупик между различными системами господства — тяжбы, конфликты, своего рода постоянная война этих систем, — именно таким образом спотыкалась власть-господство. Дисциплинарные же системы, которые классифицируют, выстраивают иерархии, надзирают и т. д., будут спотыкаться о то, что не поддается классификации, о тех, кто ускользает от надзора, о тех, кто не может войти в систему распределения, — об остаток, о неприводимое,

---

* Место (*лат.*). — *Примеч. пер.*

о неклассифицируемое, о неассимилируемое. Таким будет возможный тупик в рамках этой физики дисциплинарной власти. Иными словами, всякая дисциплинарная власть имеет свои края. Скажем, до возникновения дисциплинарных армий не было дезертиров, ибо дезертир был просто-напросто будущим солдатом, который оставил армию, имея возможность затем в нее вернуться, и который при необходимости, когда ему этого хотелось или когда его забирали силой, возвращался. С появлением же дисциплинарной армии все переворачивается: люди, вступающие в армию, делающие военную карьеру, идущие по армейской лестнице, пребывают под непрерывным надзором, и тот, кто ускользает от этой системы, не приспосабливается к ней, оказывается дезертиром.

Таким же образом именно с возникновением школьной дисциплины возникает и умственно отсталый.[14] Неприучаемый к школьной дисциплине может существовать только по отношению к этой дисциплине; тот, кто не учится читать и писать, составляет проблему, оказывается своего рода тупиком только после того, как школа начинает следовать дисциплинарной системе. А когда возникла категория преступников? Преступники не как правонарушители — в этом-то смысле понятно, что всякому закону коррелятивно наличие нарушителей, этот закон преступающих, — а как неассимилируемая, неприводимая группа, могли возникнуть только тогда, когда возникла полицейская система, в ответ которой-то они и явились на свет. Что же касается душевнобольного, то в его лице мы имеем дело, несомненно, с остатком из остатков, с остатком всех дисциплин, с тем, кто не приспосабливается ни к школьным, ни к военным, ни к полицейским, ни к каким иным дисциплинам, имеющимся в обществе.

Итак, я думаю, что особенностью изотопии дисциплинарных систем является непременное существование остатков, которое, разумеется, влечет за собой появление вспомогательных дисциплинарных систем, призванных исправить неассимилируемых индивидов, и так до бесконечности. Поскольку есть умственно отсталые, то есть люди, не поддающиеся школьной дисциплине, создаются специальные школы для умственно отсталых, а затем школы для тех, кто не поддается и школам для умственно отсталых. То же самое относится и к преступникам: полиция

и сами неподдающиеся совместно, в некотором смысле, организуют «преступный мир». Преступный мир — это способ эффективного участия преступника в работе полиции, это, можно сказать, дисциплина для тех, кто не поддается полицейской дисциплине.

Короче говоря, дисциплинарная власть обладает двойной особенностью: она и аномизирует, всегда отстраняет ряд индивидов, обозначает аномию, неприводимое, и вместе с тем всегда нормализует, изобретает все новые исправительные системы, раз за разом восстанавливает правило. Дисциплинарные системы характеризуются непрерывной работой нормы в рамках аномии.

Попробуем подытожить сказанное. Важнейшим следствием дисциплинарной власти является то, что можно назвать глубинной переработкой взаимоотношений между соматической единичностью, субъектом и индивидом. В рамках власти-господства, в такой форме исполнения власти, какую я попытался вам представить, процедуры индивидуализации кристаллизуются вблизи вершины, идет постепенная индивидуализация по направлению к суверену, подразумевающая игру множественных тел, в силу которой индивидуальность, едва наметившись, пропадает. В дисциплинарных же системах, как мне кажется, наоборот, индивидуальная функция ослабевает с приближением к вершине, к тем, кто эти системы применяет или пускает в ход.

Дисциплинарная система создана, чтобы работать самостоятельно, и распоряжается или руководит ею не столько индивид, сколько функция, которую исполняет этот индивид, но может исполнять и другой, что совершенно невозможно в рамках индивидуализации господства. К тому же и тот, кто распоряжается одной дисциплинарной системой, сам входит в более обширную систему, которая в свою очередь надзирает за ним и в которой он подвергается дисциплинированию. Таким образом, имеет место ослабление индивидуализации по направлению к вершине. Наоборот, дисциплинарная система, и это в ней, по-моему, самое главное, подразумевает стремительное нарастание индивидуализации с приближением к подножию.

В рамках власти-господства, как я попытался показать, функция-субъект никогда не сцеплялась с соматической единичностью, за исключением особых случаев — таких, как церемония,

маркировка, насилие и т. д., тогда как в основном, за пределами этих ритуалов, циркулировала над или под соматическими единичностями. В рамках же дисциплинарной власти функция-субъект, напротив, точно пригнана к соматической единичности: тело, его жесты, его место, его перемещения, его сила, время его жизни, его речи, — ко всему этому и прилагается, на все это и воздействует функция-субъект дисциплинарной власти. Дисциплина — это техника власти, посредством которой функция-субъект прилагается и плотно пригоняется к соматической единичности.

Скажем короче: дисциплинарная власть имеет своей фундаментальной особенностью производство покорных тел, облечение тел функцией-субъектом. Она производит, она распространяет покорные тела, она является индивидуализирующей [только потому, что] индивид в ее рамках — не что иное, как покорное тело. Суммировать всю эту механику дисциплины можно так: дисциплинарная власть — индивидуализирующая потому, что она придает соматической единичности функцию-субъект посредством системы надзора-письма, панграфического паноптизма, системы, которая рисует за соматической единичностью, как ее продолжение или начало, некий сгусток виртуальностей, душу, и вдобавок устанавливает норму как принцип разделения и нормализацию как универсальное предписание для всех образованных таким путем индивидов.

Итак, дисциплинарная власть включает в себя серию, в состав которой входят функция-субъект, соматическая единичность, непрерывное наблюдение, письмо, механизм мельчайшего наказания, проекция души и, наконец, деление на нормальных и ненормальных. Все это и образует дисциплинарного индивида, все это и обеспечивает взаимную пригонку соматической единичности и политической власти. И тем, что можно назвать индивидом, является отнюдь не точка прикрепления политической власти; индивидом следует называть вызванный эффект, следствие этой пригонки политической власти к соматической единичности с помощью перечисленных мною техник. Я вовсе не хочу сказать, что дисциплинарная власть — это единственная процедура индивидуализации, существовавшая в нашей цивилизации, и к этому вопросу я вернусь в следующий раз, но для меня важно, что конечной, капиллярной формой власти, которая

образует индивида как мишень, партнера, визави во властном отношении, является дисциплина.

И поэтому, если то, что я сказал, верно, нельзя утверждать, что индивид предшествует функции-субъекту, проекции души, нормализующей инстанции. Наоборот, поскольку соматическая единичность оказалась под действием дисциплинарных механизмов носителем функции-субъекта, постольку внутри политической системы и возник индивид. Поскольку неусыпный надзор, непрерывная запись, виртуальное наказание охватили собою приведенное тем самым к покорности тело и поскольку они извлекли из него душу, постольку и сформировался индивид. И наконец, вследствие того, что нормализующая инстанция начала распределять, изолировать, без устали воспроизводить это тело-душу, индивид стал вырисовываться все четче и четче.

Чтобы придать значение индивиду, не нужно разрушать иерархии, снимать оковы и запреты, словно индивид — это нечто, существующее под всеми властными отношениями, предшествующее властным отношениям и несущее на себе их несправедливое бремя. На самом деле индивид — это следствие чего-то предшествующего ему самому, чем и является этот механизм, все эти процедуры пригонки политической власти к телу. Именно потому, что тело было «субъективировано», что к нему оказалась привита функция-субъект, что оно подверглось психологизации и нормализации, — именно по причине этого и возникло то, что именуется индивидом, о чем можно говорить, рассуждать, а также выстраивать на его основе науки.

Науки о человеке, во всяком случае если рассматривать их как науки об индивиде, суть лишь следствие всей этой серии процедур. К тому же вы, я полагаю, понимаете, что было абсолютно ложным исторически и, следовательно, политически противопоставлять прирожденные права индивида таким вещам, как субъект, норма или психология. В действительности индивид изначально и вследствие описанных механизмов является нормальным субъектом, психологически нормальным субъектом; а потому десубъективация, денормализация, депсихологизация с необходимостью подразумевают разрушение индивида как такового. Деиндивидуализация идет с ними рука об руку.

Скажу несколько слов в заключение. Существует обычай представлять появление индивида в мысли и политической

реальности Европы как следствие процесса эволюции капиталистической экономики и одновременно прихода буржуазии к политической власти. Из этого положения выросла философско-юридическая теория индивидуальности, развивавшаяся, в общем, от Гоббса до Великой Французской революции.[15] Но, на мой взгляд, если верно, что мышление индивида можно рассматривать на уровне, о котором я говорю, то и действительное образование индивида следует мыслить исходя из некоторой технологии власти. Дисциплина как раз и представляется мне такой технологией, присущей власти, которая зародилась в Классическую эпоху и с тех пор развивается, изолируя и все четче очерчивая, исходя из игры тел, этот исторически новый, как мне кажется, элемент, который зовется индивидом.

Можно говорить, если угодно, о своего рода юридическо-дисциплинарных «клещах» индивидуализма. Есть юридический индивид, каким он появляется в этих философских или юридических теориях, — индивид как абстрактный субъект, определяемый индивидуальными правами, которые никакая власть не может ограничить, если только это не установлено договором. А над юридическим индивидом, рядом с ним, мы видим развитие дисциплинарной технологии, которая порождает индивида как историческую реальность, как элемент производительных, а также и политических сил; и этот индивид есть покорное тело, включенное в систему надзора и подвергаемое процедурам нормализации.

*

В задачу дискурса гуманитарных наук как раз и входит соединение, смычка юридического индивида и дисциплинарного индивида, убеждение нас в том, что юридический индивид имеет своим конкретным, реальным, естественным содержанием то, что было очерчено и выстроено политической технологией как дисциплинарный индивид. Снимите с юридического индивида поверхностный флёр, — говорят гуманитарные науки (психологические, социологические и т. д.), — и вы обнаружите конкретного человека; причем в качестве человека они преподносят именно дисциплинарного индивида. В противоположном

по сравнению с дискурсом гуманитарных наук направлении высказывается гуманистический дискурс, парный к первому и сводящийся к следующему положению: дисциплинарный индивид — это индивид отчужденный, порабощенный, лишенный подлинности; снимите с него поверхностные наслоения — или, вернее, восстановите всю полноту его прав — и вы обнаружите как его первоначальную, живую, жизнеспособную форму индивида философско-юридического. Этой взаимосвязью юридического и дисциплинарного индивидов поддерживаются, как мне кажется, и дискурс гуманитарных наук, и гуманистический дискурс.

То, что в XIX и XX веках именовалось и именуется Человеком, есть не что иное, как образ, напоминающий о метаниях между юридическим индивидом — орудием, с помощью которого буржуазия в своем дискурсе запрашивала власть, и дисциплинарным индивидом — следствием технологии, использовавшейся той же самой буржуазией с целью образования индивида в поле производительных и политических сил. Из этих метаний между юридическим индивидом как идеологическим орудием прихода к власти и дисциплинарным индивидом как реальным орудием физического исполнения этой власти — из этих метаний между запрашиваемой властью и властью исполняемой — и родились иллюзия и реальность, которые называются Человеком.[16]

Примечания

[1] В действительности следует выделить две формы критики института лечебницы:

а) В 1930-е годы складывается критическая тенденция, склонная к постепенному отходу от пространства лечебницы, определенного законом от 1838 г. как почти исключительное место психиатрического вмешательства, роль которого сводилась, по словам Эдуара Тулуза (1865—1947), к «приюту — детскому саду» (см.: *Toulouse E.* L'Évolution de la psychiatrie // Commémoration de la fondation de l'hôpital Henri Roussel. 30 juin 1937. P. 4). Разделив понятие «душевной болезни» и понятие содержания в лечебнице с его особыми административно-юридическими условиями, представители этого течения поставили себе задачу «выяснить, какие изменения в организации лечебниц могли бы позволить уделять большее внимание душевному и индивидуальному

лечению» (см.: *Raynier J. & Beaudouin H.* L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique [1922]. Paris: Le Français, 1930. P. 654). В такой ситуации традиция сосредоточения психиатрической практики вокруг лечебницы приобрела новые приоритеты: среди них диверсификация модальностей помощи больным, наблюдательные и реабилитационные проекты, а главное, возникновение амбулаторного лечения, примером которого может служить учреждение в такой цитадели больничной психиатрии, как Лечебница Св. Анны, «открытой службы». Руководство ею было 1 июня 1922 г. поручено Эдуару Тулузу, а в 1926 г. она была преобразована в лечебницу Анри Русселя (см.: *Toulouse E.* L'Hôpital Henri Roussel // La Prophylaxie mentale. N 43, Janvier-juillet 1937. P. 1—69). Эта тенденция получила официальное признание 13 октября 1937 г., с циркулярным письмом министра здравоохранения Марка Рюкара об организации помощи душевнобольным в департаментах. См. об этом: [a] *Toulouse E.* Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine. Paris: Imprimerie Nouvelle, 1920; [b] *Raynier J. & Lauzier J.* La Construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles des aliénés. Paris: Peyronnet, 1935; [c] *Daumezon G.* La Situation du personnel infirmier dans les asiles des aliénés. Paris: Doin, 1935 (где указывается на скудное финансирование психиатрических учреждений в 1930-е годы).

(b) В 1940-е годы, по инициативе Поля Бальве, директора Лечебницы Сент-Альбан в Лозере, которая стала образцом для всех, кто добивался радикальных перемен в устройстве психиатрических лечебниц, критика принимает иной характер (см.: Asile et hôpital psychiatrique. L'expérience d'un établissement rural // XLIII congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française [Montpellier, 28—30 octobre 1942]. Paris: Masson, 1942). В это время горстка профессиональных психиатров, не согласных с существовавшей системой, приходит к мнению о том, что психиатрическая больница — это не просто лечебница для душевнобольных, что она «отчуждена» как таковая, поскольку организована «согласно принципам, соответствующим законам и обычаям общественного строя, отторгающего то, что его стесняет» (*Bonnafé L.* Sources du désaliénisme // Désaliéner? Folie(s) et société(s). Toulouse: Presses universitaires du Mirail / Privat, 1991. P. 221). Взявшись пересмотреть характер функционирования психиатрической больницы, чтобы сделать ее в полном смысле слова терапевтическим учреждением, это движение обратилось к проблематике природы взаимоотношений психиатров и больных. См.: *Daumezon G. & Bonnafé L.* Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération // XLIV congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève, 22—27 juillet 1946). Paris: Masson, 1946. P. 584—590; а также ниже: «Контекст курса», III. 1 (с. 423—424).

[2] См. ниже, лекции от 12 и 19 декабря 1973 г. (с. 148 и 170) и от 23 января 1974 г. (с. 274).

[3] *Servan J. M. A.* Discours sur l'administration de la justice criminelle. P. 35.

[4] Основанное в Голландии, в Девенте, в 1383 г., Герардом Гроотом (1340—1384), Братство общежития следовало положениям фламандского теолога Яна Рёйсбрука и рейнской мистики XIV века (см. об этом ниже, с. 111, примеч. 9) и заложило основы последующей реформы образования, применив к светскому воспитанию ряд монастырских техник. Множество домов этого братства открывались до конца XV века в Цволле, Дельфте, Амерсфурте, Льеже, Утрехте и т. д. См.: [a] *Foucault M.* Surveiller et Punir. Naissance de la prison. Paris: Gallimard, 1975. P. 163—164; [b] *Hyma A.* The Brethren of the Common Life. Grand Rapids, Mich., W. B. Erdmans, 1950; [c] избранные сочинения Г. Гроота в кн.: *Michelet M.*, éd. Le Rhin mystique. De Maître Eckhart à Thomas a Kempis. Paris: Fayard, 1957; [d] *Cognet L.* Introduction aux mystiques rhéno-flamands. Paris: Desclée de Brouwer, 1968; [e] *Lourdaux W.* Fréres de la Vie commune // Dictionnaire d'histoire et de géographie ecclésiastique / s. dir. Cardinal A. Baudrillart. T. 18. Paris: Letouzey & Ané, 1977.

[5] Написанный в 1787 г. в форме писем, обращенных к безымянному адресату, труд И. Бентама вышел в свет в 1791 г. под названием: *Bentham J.* Panopticon, or the Inspection-House, Containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment in which persons of any description are to be kept under inspection, and in particular to penitentiary-houses, prisons, houses of industry [...] and schools, with a Plan of Management adapted to principle // Works. Édimbourg: Tait, 1791. Двадцать одно письмо — содержание первой части трактата — можно найти во французском переводе М. Сиссун в кн.: *Bentham J.* Panoptique / précédé de « L'œil du pouvoir. Entretien avec Michel Foucault». Paris: P. Belfond, 1977 (первый же перевод см.: *Bentham J.* Panoptique. Mémoire sur un nouveau principe pour construire dse maison d'inspection, et nommément des maisons de force. Paris: Imprimerie nationale, 1791 [воспроизводится в кн.: Œuvres de Jérémy Bentham, Le Panoptique / Éd. par E. Dumont. Bruxelles: Louis Hauman et Cie. T. 1. 1829. P. 245—262]).

[6] *Kantorowicz E.* The King's Two Bodies: A Study in Medieval Political Theology. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957 (trad. fr.: *Kantorowicz E.* Les Deux Corps du Roi. Essai sur la théologie politique du Moyen-Âge / Trad. J.-Ph. Genet & N. Genet. Paris: Gallimard, 1989).

[7] Этот пункт будет развит в кн.: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 137—171 (часть III «Дисциплина», глава I «Покорные тела»).

[8] Об уставах прусской пехоты см.: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 159—161.

[9] Эдиктом от ноября 1667 г. о Королевской мебельной мануфактуре в Гобелене были определены правила набора и условия содержания учеников мануфактуры, введено в ее рамках корпоративное обучение и основана школа рисунка. Новый устав мануфактуры был принят в 1737 г. См. также: *Gerspach E.*, ed. La Manufacture nationale des Gobelins. Paris: Delagrave, 1892 («Установление от 1680 г. о тихом пении псалмов в мастерских». P. 156—160); *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 158—159.

[10] *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 215—219. О полицейских списках в XVIII веке см.: *Chassaigne M.* La Lieutenance générale de police de Paris. Paris: A. Rousseau, 1906.

[11] *Gerspach E.*, ed. La Manufacture nationale des Gobelins.

[12] Предписанный к следованию в Обществе Иисуса циркулярным письмом от 8 января 1599 г., трактат «Ratio Studiorum» (1586) определяет поклассовое обучение, деление на два лагеря, а этих лагерей — на декурии, во главе которых стоит отвечающий за общий надзор «декурион» (см. выше, с. 111, примеч. 10). См.: *Rochemonteix C.* de. Un collège de jésuites aux XVII et XVIII siècles: le collège Henri IV de La Flèche. Le Mans: Leguicheux, 1889. T. I. P. 6—7, 51—52. См. также: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 147—148.

[13] М. Фуко имеет в виду нововведения Жана Селя (1375—1417), директора школы в Цволле, при котором ученики были подразделены на классы, имеющие каждый свою программу, своего классного руководителя и свое определенное местоположение в школе. Ученики входили в тот или иной класс в зависимости от успеваемости. См.: [a] *Mir G.* Aux sources de la pédagogie des jésuites. Le «Modus Parisiensis». Rome: Bibliotheca Instituti Historici. 1968. Vol. XXVIII. P. 172—173; [b] *Gaufrès M. J.* Histoire du plan d'études protestant // Bulletin de l'histoire du protestantisme français. 1889. Vol. XXV. P. 481—198. См. также: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 162—163.

[14] Так, в 1904 г. в Министерстве народного образования была сформирована комиссия для «изучения необходимых средств обеспечения начального образования [...] для всех „детей с отклонениями и отстающих“». В ее рамках в 1905 г. Альфреду Бине (1857—1911) было поручено определить критерии и меры для установления факта отставания. В сотрудничестве с Теодором Симоном (1873—1961), директором детской колонии в Перре-Воклюзе, Бине разрабатывает соответствующие тесты и проводит опрос в школах II и XX округов Парижа, апробируя найденную «метрическую шкалу умственного развития, призванную оценить степень отставания» (см.: *Binet A. & Simon Th.* Applications des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez les enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école // L'Année psychologique. 1905. T. IX. P. 245—336). Умственно отсталые определяются в это время через «отрицательный показатели»: «по своей физической и умственной организации эти дети неспособны воспринять методы образования и воспитания, применяемые в общеобразовательных школах» (*Binet A. & Simon Th.* Les Enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement / Préface de Léon Bourgeois. Paris: A. Colin, 1907. P. 7). См. также: [a] *Netchine A.* Idiots, débiles et savants au XIX siècle // *Zazzo R.* Les Débilités mentales. Paris: A. Colin, 1969. P. 70—107; [b] *Muel F.* L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale // Actes de la recherche en sciences sociales. Janvier 1975. N 1. P. 60—74.

[15] См.: *MacPherson C. B.* The Political Theory of Possessive Individualism. Oxford: Oxford University Press, 1961. Фр. пер.: *MacPherson C. B.* La Théorie politique de l'individualisme possessif, de Hobbes a Locke / Trad. M. Fuchs. Paris: Gallimard, 1971.

[16] См.: *Foucault M.* Mon corps, ce papier, ce feu // Paideia. Septembre 1971.

Лекция от 28 ноября 1973 г.

Элементы истории дисциплинарных диспозитивов: религиозные братства Средневековья; педагогическая колонизация молодежи; иезуитские миссии в Парагвае; армия; мастерские; рабочие городки. — Формализация дисциплинарных диспозитивов в модели «Паноптикума» Иеремии Бентама. — Семейный институт и возникновение пси-функции.

Начну с нескольких замечаний по поводу истории дисциплинарных диспозитивов.

В прошлый раз я попытался описать их несколько отвлеченно, не считаясь с хронологией и с какими-либо системами детерминации, могущими обусловливать формирование и генерализацию дисциплинарных диспозитивов. Я представил своего рода аппарат, или машинерию, основные формы которой в полный голос заявляют о себе начиная с XVII, а главным образом с XVIII века. Но сформировались дисциплинарные диспозитивы отнюдь не в XVII и не в XVIII веке, и главное, они не пришли на смену диспозитивам господства, которым я взялся их противопоставить, в мгновение ока. Дисциплинарные диспозитивы уходят корнями в глубь истории; они долгое время существовали и функционировали в рамках диспозитивов господства; они складывались как замкнутые области, очаги, внутри которых действовала власть иного типа, нежели то, что можно временно определить как общую морфологию господства.

Но где имели место дисциплинарные диспозитивы? Отыскать их, проследить их эволюцию не так-то просто. Прежде всего мы находим их в религиозных обществах, будь то общества монашеские, — то есть законные, признанные Церковью, — или

же самоорганизованные. И мне кажется важным, что в том виде, в каком мы находим их в религиозных обществах, дисциплинарные диспозитивы выполняли в Средние века, вплоть до XVI века, двойную роль.

Разумеется, они были включены в общую схему феодального и одновременно монархического господства. Да, они эффективно работали в рамках этого более общего диспозитива, который содержал их в себе, терпел их, в любом случае — прекрасно с ними мирился. Но также они играли критическую роль, роль оппозиции и обновления. Я считаю, что в самом схематичном виде это можно выразить так: путем разработки или реактивации дисциплинарных диспозитивов в рамках Церкви изменялись не только сами религиозные ордена, но и шире — религиозные практики, иерархии и идеологии. Приведу пример.

Реформа или, точнее, серия реформ, прошедшая в XI—XII веках внутри бенедиктинского ордена, по сути своей была попыткой вывести религиозную практику или даже целый религиозный орден из системы феодального господства, в которую они были включены, плотно вправлены.[1] Можно сказать, что Клюнийское аббатство представляло собой монастырскую форму, до такой степени пронизанную, зараженную феодальной системой, что весь клюнийский орден в своем существовании, в своей экономике, в своих внутренних иерархических структурах был не чем иным, как диспозитивом господства.[2] И в чем состояла реформа ордена Сито?[3] Цистерцианская реформа состояла в восстановлении в ордене дисциплины, в реставрации дисциплинарного диспозитива, отсылающего к древнему, забытому закону, — такой дисциплинарной системы, в которой вновь нашлось бы место бедности, обязанности физического труда и постоянной занятости, запрету на личную собственность и необоснованные расходы, регламентации питания и ношения одежды, закону внутреннего подчинения и строгой иерархии. Все эти особенности дисциплинарной системы в данном случае предстают как стремление к суверенизации монашеского ордена по отношению к диспозитиву господства, который пронизывал и, так сказать, разъедал его. Кстати, как раз благодаря этому, то есть закону бедности, иерархическим системам, внутреннему подчинению, труду и вместе с тем системе записи, учета и т. п., связанной с дисциплинарной прак-

тикой, орден цистерцианцев сумел осуществить ряд экономических нововведений.

Но надо сказать, что дисциплинарные системы играли в Средневековье критическо-новаторскую роль не только в экономическом, но и в политическом аспекте. Новые политические власти, которые пробивались сквозь феодализм, опираясь на диспозитивы господства, новые централизованные власти, какими были, с одной стороны, монархия, а с другой — папство, искали для себя новые на фоне механизмов господства орудия, и это были орудия дисциплинарного типа. Так, и орден доминиканцев с его совершенно новой в сравнении с другими монастырскими орденами дисциплиной,[4] и бенедиктинский орден были в руках папы, а также и в руках французской монархии инструментом, с помощью которого можно было сломать некоторые элементы феодальной системы, отдельные диспозитивы господства, существовавшие, например, в Южной Франции, в Провансе и т. д.[5] Точно так же позднее, в XVI веке, иезуиты оказались инструментом, с помощью которого были сломаны остатки феодального общества.[6] Итак — экономическое обновление и политическое обновление.

Кроме того, дисциплинарные начинания, эти очаги дисциплины, возникавшие в средневековом обществе, обусловливали и социальные инновации; во всяком случае, они способствовали сложению отдельных форм общественного сопротивления иерархиям, системам дифференциации, свойственным диспозитивам господства. Уже в Средние века, особенно накануне Реформации, появляются, складываются своего рода общинные группы, сравнительно эгалитарные и регулируемые уже не диспозитивами господства, но дисциплинарными механизмами: общая норма предписывается в них всем равным образом, и статусные различия между их членами определяются исключительно внутренней иерархией диспозитива. Именно в этом смысле следует рассматривать очень давний феномен нищенствующего монашества, выступивший своеобразной социальной оппозицией со стороны новой дисциплинарной схемы.[7] Возникают и религиозные общества, составляемые в основном мирянами, как, например, основанное в Голландии в XIV веке Братство общежития,[8] а затем, наконец, и все те объединения сельских жителей или горожан, которые непосредственно предшествовали

Реформации и которые будут сохраняться в несколько другом обличье и в XVII веке, в частности в Англии, где им принадлежала, как вы знаете, заметная социально-политическая роль вплоть до XVIII века. По большому счету, и масонство было во французском и европейском обществе XVIII века своего рода дисциплинарным нововведением, призванным подтачивать изнутри, разлаживать, а в некоторой степени и взламывать структуры систем господства.

Все это в самом схематичном виде дает представление о том, что дисциплинарные диспозитивы существовали с очень давних пор как некие очаги в общей плазме отношений господства. На всем протяжении Средневековья, затем в XVI и уже в XVIII веке эти дисциплинарные системы оставались второстепенными, вне зависимости от их различного применения и тех общих следствий, которые они затем повлекли. Они оставались второстепенными, и тем не менее в их рамках наметилась целая серия инноваций, которые постепенно распространялись на все общество в целом. В XVII и XVIII веках путем планомерной экспансии, своеобразного общего заражения общества и формируется то, что можно было бы назвать одним термином — впрочем, очень приблизительным и схематичным, — я имею в виду «дисциплинарное общество», которое сменяет собою общество господства.

Как осуществлялось распространение дисциплинарных диспозитивов? Каковы были его этапы? Какой, наконец, механизм им двигал? Мне кажется, что опять-таки очень схематично можно ответить, что общее заражение дисциплинарными диспозитивами в XVI—XVIII веках шло несколькими основными путями.

Прежде всего этому заражению подверглось студенчество, которое до рубежа XV—XVI веков было автономным, повиновалось своим собственным законам передвижения и бродяжничества, переживало собственные внутренние волнения и поддерживало свои связи с волнениями народными. И будь то итальянская или французская системы, будь то сообщество студентов — преподавателей или самостоятельные, лишь соотносящиеся друг с другом сообщества тех и других, так или иначе студенчество было в рамках общей системы функционирования общества некой блуждающей, бродячей, всегда

нестабильной группой. Дисциплинаризация студенчества, эта своеобразная колонизация молодежи, и оказалась одной из первых точек приложения и распространения дисциплинарной системы.

Примечательно, что колонизация этой неустойчивой и взрывоопасной молодежи дисциплинарной системой началась в рамках Братства общежития — религиозного общества с очень отчетливыми целями и аскетическими идеалами, основателем которого был некто Гроот, тесно связанный с Рёйсбруком Великолепным, мыслившим в русле немецкой и рейнской мистики XIV века.[9] Именно там, в этой практике самосовершенствования индивида, в попытках преобразить индивида, в поиске поступательной эволюции индивида на пути к спасению, в аскетической работе над собой ради спасения, мы находим матрицу, первый образец педагогической колонизации молодежи. На основе аскетизма, который исповедовало Братство общежития, в его коллективной форме и вычерчиваются великие схемы педагогики, то есть в общем и целом идея о том, что нельзя научиться чему-либо, не пройдя через ряд обязательных и необходимых стадий, что стадии эти следуют одна за другой во времени и тем же движением, которое ведет их через время, обеспечивают пропорциональный своему числу прогресс. Смычка «время—прогресс», очень характерная для аскетического опыта, оказывается столь же характерной и для педагогической практики.

Во-первых, в школах, основанных Братством общежития сначала в Девентере, затем в Льеже и Страсбурге, впервые появляется деление учеников по возрастам и уровням со все усложняющимися программами занятий. Во-вторых, в этой педагогике заявляет о себе нечто совершенно новое по сравнению с обычаями средневекового студенчества, а именно правило уединения. В замкнутом пространстве, в изолированной среде, почти оторванной от внешнего мира, — вот где должна осуществляться педагогическая практика, так же как и аскетический опыт. Аскетизм требовал особого места, и педагогической практике теперь тоже нужно особое место. Но вот что здесь ново, вот что здесь особенно важно: все то смешение, все то взаимопроникновение университетской среды и окружающих, в частности те важнейшие узы, что связывали на всем протяжении Средневековья студенческую молодежь и простонародье, как раз и прекращаются этим принципом уединенной жизни — аскетическим принципом, перенесенным в педагогику.

В-третьих, один из принципов аскетического опыта гласит, что, хотя индивиду следует самосовершенствоваться, это самосовершенствование должно проходить под неусыпным руководством наставника, покровителя, того, кто возьмет на себя ответственность за действия ищущего свой собственный аскетический путь. Аскетическое восхождение подразумевает неотлучного наставника, который непрерывно следит за достижениями или, наоборот, неудачами и промахами начинающего. Таким же образом — и вот вам еще одно радикальное нововведение по сравнению со средневековой университетской педагогикой — преподаватель должен сопровождать индивида на всем его пути или по крайней мере вести ступень за ступенью до передачи в руки другого, вышестоящего наставника, который, и сам обладая бóльшими знаниями, направит ученика дальше. Так аскетический наставник становится классным руководителем, к которому ученика прикрепляют либо на время учебного цикла, либо на один год, либо даже на весь школьный курс.

И наконец, в-четвертых, в школах Братства общежития, хотя я и не совсем уверен, что по образцу аскетизма, вводится очень любопытная паралимитарная организация. Вполне возможно, что эта схема имеет монастырское происхождение, во всяком случае в монастырях, особенно в раннехристианскую эпоху, имело место деление на группы по труду, молитве и интеллектуально-духовному уровню одновременно. Такими группами по десять человек — «декуриями»[10] — руководил попечитель, принимавший на себя и ответственность за их членов. Вдохновленная, несомненно, римской армией, эта система могла быть перенесена в монастырскую жизнь уже в первые христианские столетия, и именно ее мы обнаруживаем в школах Братства общежития, тоже делившихся по армейской схеме декурий. Впрочем, образцом для них могли послужить и милицейские подразделения горожан, распространенные во Фландрии. Так или иначе, эта необычная военно-монастырская схема оказывается одним из орудий колонизации молодежи в рамках новых педагогических форм.

Таков, как мне кажется, один из первых этапов тотальной колонизации общества посредством дисциплинарных диспозитивов.

*

Вторая точка приложения дисциплинарных диспозитивов связана с колонизацией иного рода, теперь уже не молодежи, а собственно колониальных народов. И в данном случае тоже произошла очень любопытная история. Полезно было бы поподробнее изучить практику приложения и вместе с тем совершенствования дисциплинарных схем в рамках покорения аборигенов. Эта дисциплинаризация, судя по всему, проходила сравнительно тихо, маргинально и, как ни странно, в противовес порабощению.

В самом деле, именно иезуиты, противники рабства по теологическим, религиозным, но и по экономическим соображениям, противопоставляли в Южной Америке откровенно прямому, грубому и потребительскому использованию человеческих жизней, каким была дорогостоящая и к тому же плохо организованная практика рабства, другой тип распределения, контроля и эксплуатации [...*] — дисциплинарную систему. Знаменитые «коммунистические» республики в Парагвае были в действительности дисциплинарными микрокосмами, имевшими иерархическую систему, ключи к которой находились в руках иезуитов. Населению гваранийских общин предписывалась очень жесткая система поведения: устанавливался распорядок дня с указанием времени отдыха, приема пищи и отхода ко сну, с тем чтобы в определенный час люди могли заняться любовью и зачать ребенка.[11] Имел место полный учет времени.

И постоянное наблюдение: в поселениях этих гваранийских республик у каждой семьи был свой дом, а вдоль домов шел своеобразный тротуар, позволявший заглядывать в окна, которые, разумеется, не имели ставень, и ночью следить за тем, чем занимаются жители. Помимо прочего и прежде всего это была своеобразная индивидуализация, по крайней мере на уровне

* В магнитной записи лекции: людей.

семейной микроклетки, поскольку каждый, пусть и из тех, кто порывал с традиционной гваранийской общиной, получал свое жилье, и жилье это оказывалось под наблюдением.

Кроме того, вводилась постоянная уголовная система, причем весьма терпимая в сравнении с европейскими уголовными законодательствами этого времени — в ней не было смертной казни, пыток, телесных наказаний, — но, повторюсь, неукоснительно постоянная, распространявшаяся на всю жизнь индивида от начала до конца и ежеминутно, в любом его жесте, в любой его позе способная найти нечто, указывающее на вредную привычку, дурную наклонность и т. д. и, таким образом, подлежащее наказанию, которое, конечно, облегчалось в меру своего постоянства и направленности всякий раз лишь на возможности или зачатки деяния.

Наконец, наряду со студенчеством и колониальными народами колонизации подверглись также бродяги, скитальцы, бездомные, преступники, проститутки и т. д. — и на этой внутренней колонизации, вкупе с шедшим в классическую эпоху ограждением, я останавливаться не буду, поскольку она прекрасно изучена. Во всех трех случаях задействованы дисциплинарные диспозитивы, причем очевидно, что они непосредственно вытекают из религиозных институтов. Ведь это религиозные институты — «Братство христианской доктрины»[12] и пришедшие ему на смену педагогические ордена во главе с иезуитами — перенесли путем своеобразной прививки свою собственную дисциплину на учащуюся молодежь.

И опять-таки религиозные ордена, те же иезуиты, экспортировали, внеся в нее изменения, свою дисциплину в колониальные страны. Что же касается системы ограждения, процедур колонизации бродяг, бездомных и т. д., то она тоже осуществлялась в формах, очень близких к религиозным, ибо в большинстве случаев именно религиозные ордена брали под свою опеку соответствующие учреждения, а подчас и стояли у их основания. Таким образом, светская версия религиозных дисциплин постепенно распространяется на всё менее маргинальные, всё более и более центральные участки социальной системы.

Наконец, затем, в конце XVII и в XVIII веке возникают и приживаются дисциплинарные диспозитивы, уже не имеющие религиозной опоры, но являющиеся, так сказать, ее трансформа-

цией в свободном полете, без постоянной поддержки со стороны религии. Так формируются дисциплинарные системы. Прежде всего, разумеется, это армия: во второй половине XVIII века вводится казарменное размещение войск, борьба с дезертирами сопровождается появлением личных дел и техник индивидуального надзора, которые мешают людям уйти из армии так же легко, как они туда поступили, и тогда же, во второй половине XVIII века, возникает практика физических упражнений, полная занятость и т. д.[13]

Вслед за армией адресатом дисциплинарных диспозитивов становится рабочий класс. В XVIII веке возникают большие мастерские, в шахтерских городах и крупных металлургических центрах, куда приходится перемещать сельское население, чтобы впервые приучить его к совершенно новой для него технике, — на всех металлургических фабриках бассейна Луары, во всех угольных разрезах Центрального массива и Северной Франции, в первых рабочих городах, как, например, Крезо, — заявляют о себе дисциплинарные формы, предписываемые рабочим. В это же время важнейшим орудием трудовой дисциплины становится обязательная для всех рабочих трудовая книжка. Рабочий не может, не имеет права переезжать без этой книжки, в которой указывается, кто был его предшествующим нанимателем и в какой ситуации, по каким причинам он ушел с прошлого места работы. Когда же он решит устроиться на новое место или переехать в другой город, ему придется предоставить своему новому начальнику, чиновникам муниципалитета, местным властям ту же трудовую книжку — в некотором смысле, клеймо всех этих обременяющих его дисциплинарных систем.[14]

Итак, в самом схематичном виде заключим, что сложившиеся в Средние века изолированные, местные, второстепенные дисциплинарные системы в описываемую эпоху постепенно пронизывают все общество своеобразным процессом, который можно назвать внешней и внутренней колонизацией, подразумевающей все без исключения элементы дисциплинарных систем, перечисленные мной ранее. А именно: пространственное прикрепление, оптимальное удержание времени, применение и эксплуатацию телесной силы путем регламентации жестов, поз и внимания, введение постоянного надзора и прямой карательной

власти и, наконец, организацию уставной власти, которая сама по себе, в своем действии, анонимна, неиндивидуальна, но неизменно влечет за собой учет подчиненных индивидуальностей. Иными словами, идет освоение единичного индивида властью, которая очерчивает его и конституирует как индивида, то есть как подчиненное тело. Вот в чем суть очень поверхностно обрисованной мною истории дисциплинарных диспозитивов. Но какому запросу отвечает эта история? Что стоит за этой экспансией, столь явно прослеживающейся на уровне событий и институтов?

Мне кажется, что за этим общим распространением дисциплинарных диспозитивов стоит то, что можно назвать накоплением людей. Я имею в виду, что параллельно накоплению капитала и в качестве его непременного сопровождения должно было пройти своеобразное накопление людей или, если угодно, распределение рабочей силы, которая наличествовала в виде множества соматических единиц. В чем же заключались это накопление людей и рациональное распределение соматических единиц вкупе с присущей им силой?

Во-первых, они заключались в максимизации возможного использования индивидов: их нужно было сделать пригодными к применению, причем не для того, чтобы всех их без исключения использовать, но именно чтобы использовать не всех, — нужно было насытить рынок труда до предела, чтобы затем, с помощью рычага безработицы, играть на снижение жалованья. Итак — привести всех к трудоспособности.

Во-вторых, индивиды должны были стать пригодными к использованию в самой своей многочисленности — так, чтобы сила, образованная множеством этих индивидуальных рабочих сил как минимум равнялась сумме единичных сил, а желательно и превосходила ее. Как распределить индивидов так, чтобы вместе они делали больше, чем просто соседствуя друг с другом?

Наконец, в-третьих, шло накопление не только этих сил, но также и времени — времени труда, времени обучения, совершенствования, приобретения знаний и навыков. Таков третий аспект проблемы, поднимаемой накоплением людей.

Эта тройная функция техник накопления людей и рабочих сил, это триединство и является, по-моему, причиной, по которой вводились, апробировались, разрабатывались и совершенство-

вались различные дисциплинарные диспозитивы. Распространение дисциплин, их движение, их миграция от вспомогательной функции к функции центральной и общей, которую они начинают выполнять с XVIII века, связаны с этим накоплением людей и с ролью накопления людей в капиталистическом обществе.

Сместив точку зрения и взглянув на описанный процесс со стороны истории наук, можно сказать, что на проблему эмпирической множественности растений, животных, предметов и ценностей, языков и т. д. классическая наука отвечает в XVII и XVIII веках вполне определенной операцией, а именно операцией классификации, таксономической деятельностью, которая, на мой взгляд, была общей формой эмпирических знаний на всем протяжении Классической эпохи.[15] Напротив, с момента начала развития капиталистической экономики, с момента, когда вследствие этого развития, параллельно и в связке с накоплением капитала, возникла проблема накопления людей, выяснилось, что чисто таксономическая деятельность, простая классификация, более не годится. Чтобы удовлетворить новым экономическим необходимостям, потребовалось распределить людей согласно техникам, в корне отличным от классификации. Потребовалось использовать уже не таксономические схемы, позволяющие загнать индивидов в таблицу видов, родов и т. д., но нечто иное, нежели таксономия, хотя и то же по сути своей распределение, а именно тактику. Дисциплина — это тактика, то есть особый способ распределять единицы не по классификационной схеме, но распределять их в пространстве, создавая временные накопления, которые обладали бы на уровне производства действительно максимальной эффективностью.

И, я думаю, вновь с известной схематичностью можно сказать, что к рождению наук о человеке привело именно вторжение, наличие или же настоятельность этих тактических проблем, поднятых необходимостью распределить рабочие силы в соответствии с требованиями развивавшейся по-новому экономики. Распределение людей в ответ этим требованиям означало уже не таксономию, но тактику, и этой тактике принадлежит имя «дисциплина». Дисциплины — это техники распределения тел, индивидов, времени и рабочих сил. Эти-то дисциплины вместе с тактиками, вместе с предполагаемым ими временны́м вектором и вторглись в XVIII веке в западноевропейское знание,

отправив старые таксономии, бывшие моделями всех эмпирических наук, в некую устаревшую и даже, может быть, частично или полностью упраздненную область науки. Тактика сменила таксономию, и вместе с нею человек сменил проблему тела, проблему времени и т. д.

Мы подошли к моменту, когда я хотел бы вернуться к проблеме, которую поднимал вначале, — к проблеме больничной дисциплины, являющейся, как мне кажется, общей формой психиатрической власти. Я попытался показать, [что и] почему то, что в некотором смысле живьем, в чистом виде выявилось в психиатрической практике начала XIX века, было властью, чьей общей формой выступал феномен, который я назвал дисциплиной.

*

Существует, собственно, вполне отчетливая и очень примечательная формализация этой микрофизики дисциплинарной власти. Формализацию эту предоставляет нам «Паноптикум» Бентама. Что это такое — Паноптикум?[16]

Обычно говорится, что это изобретенная Бентамом в 1787 году модель тюрьмы, которая была воспроизведена с рядом модификаций во многих европейских исправительных домах — в английском Пентонвилле,[17] с изменениями во французском Петит-Рокет и т. д.[18] Вообще-то Паноптикум Бентама — это не модель тюрьмы, или не только модель тюрьмы; это, как недвусмысленно говорит сам Бентам, модель для тюрьмы, но также и для больницы, школы, мастерской, сиротского приюта и т. д. Это, я бы сказал, форма для всякого института, — или, чтобы соблюсти осторожность, для целого ряда институтов. И даже когда я говорю, что это схема для целого ряда институтов, это кажется мне не вполне точным.

Бентам не говорит, что Паноптикум — это схема для институтов, он говорит, что это механизм, схема, которые усиливают всякий институт, механизм, позволяющий власти, которая действует или должна действовать в том или ином институте, добиться максимальной силы. Паноптикум — это умножитель, усилитель власти в рамках целого ряда институтов. Он макси-

мально интенсифицирует силу власти, делает наилучшим ее распределение, предельно точно определяет ее цель. Таковы, по сути, три задачи Паноптикума, и Бентам говорит: «его преимущество заключается в силе, которую он способен придать *всякому* учреждению, где он будет внедрен».[19] А в другом месте он называет чудесной способностью Паноптикума то, что он «сообщает тем, кто руководит учреждением, исполинскую силу».[20] Он сообщает исполинскую силу власти, которая циркулирует в институте, и индивиду, который обладает или руководит этой властью. И кроме того, говорит Бентам, Паноптикум хорош тем, что он дает «разуму новое средство властвовать над другим разумом».[21] Мне кажется, два эти положения, — то, что Паноптикум придает исполинскую силу и позволяет одному разуму властвовать над другим, — заключают в себе суть описываемого механизма и, если угодно, вообще дисциплинарной формы. «Исполинская сила» — это сила физическая, направленная на тело, но вместе с тем, хотя она и давит на тело, довлеет над ним, никогда, по сути, не применяемая и наделенная своеобразной имматериальностью, вследствие которой-то дело и касается двух разумов, тогда как на самом деле воздействию в системе Паноптикума подвергается именно тело. Этой игры между «исполинской силой» и чистой идеальностью разума Бентам, по-моему, и доискивался, создавая Паноптикум. И как же он ее добивается?

Внешнюю границу Паноптикума образует круговое здание, в котором расположены камеры, открывающиеся застекленной дверью вовнутрь и окном — на улицу. Внутренние стены этого кольца окаймляет галерея, позволяющая совершать круговой обход от камеры к камере. В центре внутреннего двора возвышается башня, цилиндрическое здание в несколько этажей, на вершине которого установлен своеобразный маяк — большое пустое помещение, откуда, просто поворачиваясь вокруг себя, можно увидеть все, что происходит в каждой из камер. Такова схема.

Каково содержание этой схемы? И почему она столь долгое время воспринималась как нечто умозрительное и даже считалась — на мой взгляд, ошибочно — примером утопий XVIII века? Во-первых, в каждой камере может быть помещен только один индивид, то есть в этой системе, подходящей для

больницы, тюрьмы, мастерской, школы и т. д., все помещения рассчитаны на одного человека; каждое тело имеет в ней свое место. Налицо пространственная изоляция. И какое бы направление ни принял взгляд наблюдателя, в конечной точке он обязательно встретит тело. Таким образом, пространственные параметры Паноптикума имеют ярко выраженную индивидуализирующую функцию.

В результате подобная система никогда не имеет дела с массой, группой, с какой-либо множественностью вообще; она всегда работает с индивидами. Можно, разумеется, дать с помощью рупора коллективное приказание, которое будет обращено сразу ко всем и всеми исполнено, но и это коллективное приказание всегда будет обращено именно к индивидам и получено именно индивидами, размещенными рядом друг с другом. Все коллективные феномены, все феномены множества оказываются тем самым полностью упразднены. И Бентам с удовлетворением заключает, что в школах больше не будет «списывания», этого корня аморальности,[22] в мастерских больше не будет коллективного безделья — пения песен, забастовок,[23] в тюрьмах — сообщничества,[24] а в лечебницах для душевнобольных — всех этих массовых волнений, подражания и т. д.[25]

Как видите, эта сеть группового общения — коллективные феномены, рассматриваемые в рамках некой единообразной схемы и в медицинском смысле, как заражение, и в смысле моральном, как распространение зла, — искореняется паноптической системой. И в итоге мы имеем дело с властью особого рода — с властью над всеми сразу, но направленной всегда на серии изолированных друг от друга индивидов. Эта власть коллективна в своем центре, но в точке приложения всегда индивидуальна. Такова особенность феномена дисциплинарной индивидуализации, о котором я говорил вам в прошлый раз: дисциплина индивидуализирует снизу, она индивидуализирует тех, над кем довлеет.

Что же касается центральной камеры, то я вам сказал, что этот своеобразный маяк со всех сторон остеклен. Бентам, впрочем, оговаривается, что застеклять его нежелательно, а если он все же застеклен, то его необходимо снабдить системой поднимающихся и опускающихся жалюзи, а внутри установить передвижные скрещивающиеся перегородки. Дело в том, что на-

блюдение должно осуществляться таким образом, чтобы те, кто ему подвергается, не знали, наблюдают за ними или нет; иными словами, они не должны видеть, есть ли кто-то в центральной камере.[26] Поэтому, во-первых, ее окна должны быть затемнены или почти полностью закрыты, и, во-вторых, следует исключить возможность разглядеть снаружи тени в камере и понять таким образом, что там кто-то есть, — именно для этого нужны передвижные внутренние перегородки и система жалюзи.

Таким образом власть обретает способность быть абсолютно анонимной, о чем я и говорил вам в прошлый раз. Наблюдатель не имеет тела, ибо подлинное действие Паноптикума заключается в том, что, когда в нем никого нет, индивид в камере не просто думает, но знает, что за ним наблюдают, претерпевает постоянный опыт нахождения в поле видимости, под взглядом, — а есть кто-то в центральной камере или нет, неважно. И как следствие, власть оказывается всецело деиндивидуализирована. В конце концов этот маяк может быть совершенно пустым, и это не помешает власти действовать.

Такова деиндивидуализация, развоплощение власти, у которой больше нет тела, нет индивидуальности, которая может быть кем угодно. Причем одной из важных особенностей Паноптикума является то, что в центральной башне не просто может находиться кто угодно, — наблюдение может вести директор, его жена, его дети, его слуги и т. д., — но она также имеет выход в подземный тоннель, ведущий из центра здания за его пределы и позволяющий кому угодно войти в центральную камеру и, если он того пожелает, наблюдать. Иначе говоря, любой человек должен иметь возможность наблюдать за тем, что происходит в больнице, школе, мастерской или тюрьме. За тем, что там происходит, за тем, все ли там в порядке, должным ли образом осуществляется руководство, — наблюдать за тем, кто наблюдает.

Своего рода лента власти — непрерывная, мобильная, анонимная лента — без конца раскручивается в центральной башне Паноптикума. Есть у нее тело или нет, есть у нее имя, индивидуальность или нет, так или иначе анонимная лента власти раскручивается и действует за счет самой игры невидимости. И это, кстати, Бентам называет «демократией», так как занимать место власти может кто угодно, так как власть не является чьей-то

собственностью — ведь войти в башню и наблюдать за тем, как исполняется власть, может любой, и она, таким образом, всегда находится под контролем. В конечном счете власть столь же видима в своем невидимом центре, сколь и люди в своих камерах; власть оказывается под надзором кого угодно — вот что такое демократизация исполнения власти.

Еще одна особенность Паноптикума: в этих камерах, — разумеется, с внутренней стороны, чтобы можно было наблюдать, — есть застекленная дверь, но с внешней стороны есть также окно, необходимое для эффекта прозрачности, для того чтобы взгляд находящегося в центральной башне мог просматривать камеры целиком, со всех сторон, и видеть за счет теней, чем заняты их обитатели — ученик, больной, рабочий, заключенный и т. д. Состояние постоянной видимости является абсолютно конститутивным для положения индивида, помещенного в Паноптикум. В связи с этим легко убедиться, что отношение власти обладает имматериальностью, о которой я говорил вам только что, ибо власть исполняется просто-напросто игрой света, она исполняется взглядом, который идет от центра к периферии и всегда, в любой момент, может с первого жеста, с первой позы, с первого признака рассеянности заметить, осудить, записать и наказать проступок индивида. Такая власть не нуждается в орудии, ее единственная опора — это взгляд и свет.

Слово «паноптикум» означает две вещи: оно означает, что всё всегда видно, но также и что вся действующая власть — всегда не более чем оптический эффект. Власть лишена материальности, она уже не нуждается во всем этом символическом и вместе с тем реальном каркасе власти-господства; ей не нужно держать в руке скипетр или, чтобы наказывать, — размахивать мечом; ей нет необходимости метать громы и молнии на манер суверена. Эта власть ближе к солнцу, к вечному свету, она — невещественное свечение, затрагивающее всех, на кого направлено ее действие, в равной степени.

И наконец, последняя особенность Паноптикума заключается в том, что эта имматериальная власть, постоянно действующая подобно свету, сопряжена с постоянным изъятием знания. Центр власти — это также и центр непрерывной записи, транскрипции индивидуального поведения. Кодируется и регистрируется все то, что индивиды проделывают в своих камерах, это знание на-

капливается, складываются характеризующие индивидов ряды и серии, некая записанная, централизованная, сформированная вслед генетической нити индивидуальность образует документальный двойник, письменную эктоплазму тела, помещенного в камеру Паноптикума.

Первейшим следствием подобного властного отношения является, таким образом, сложение постоянного знания об индивиде, который локализован в данном пространстве и подвергается наблюдению виртуально беспредельного взгляда, описывающего временну́ю кривую его развития, его лечения, приобретения им знаний, его исправления и т. д. Если угодно, Паноптикум — это аппарат индивидуализации и познания одновременно, аппарат знания и власти, который индивидуализирует и, индивидуализируя, познает. С этим-то и связана идея Бентама сделать его орудием так называемого «метафизического экспериментирования»: устройство Паноптикума, считал Бентам, могло бы пригодиться для проведения опытов над детьми. Он говорил: представьте себе, что сразу после рождения, прежде чем дети начнут говорить и осознавать что бы то ни было, мы берем их и помещаем в Паноптикум. Так, по словам Бентама, можно было бы проследить «родословную каждой доступной наблюдению идеи»[27] и в итоге получить экспериментально то, что Кондильяк умозрительно выводил из метафизического эксперимента.[28] Можно было бы проверить не только генетическую концепцию Кондильяка, но и технологический идеал Гельвеция, который утверждал, что «можно научить всему кого угодно».[29] Истинно или ложно основополагающее для возможного улучшения человеческого вида это положение? Чтобы ответить, достаточно провести опыт с Паноптикумом: в разных камерах учить разных детей разным предметам, учить чему-либо случайно избранного ребенка и затем оценить результат. Так, можно было бы растить детей в совершенно различных или даже несовместимых одна с другой системах: одних обучать системе Ньютона, а других убеждать, что луна — это головка сыра, и когда они достигнут восемнадцати-двадцати лет, собрать их вместе и побудить к спору. Можно было бы учить детей двум видам математики: одних — математике, в которой дважды два четыре, а других — математике, в которой дважды два пять, и опять-таки, дождавшись достижения ими двадцатилетнего

возраста, понаблюдать затем за их дискуссией. Как заключает Бентам, — шутя, конечно, — это было бы полезнее, чем платить людям за проповеди, лекции и контроверзы. Это был бы непосредственный опыт. И еще он говорит, разумеется, что в порядке эксперимента надо было бы поселить вместе мальчиков и девочек и посмотреть, что из этого получится. Вы, конечно, узнаёте историю из «Диспута» Мариво: уже в этой пьесе, иными словами, обнаруживаются приметы паноптической драмы.[30]

Так или иначе Паноптикум оказывается формальной схемой для формирования индивидуализирующей власти и знания об индивидах. Мне кажется, что паноптическая схема, ее принципиальные механизмы, воплощенные в «Паноптикуме» Бентама, мы обнаружим затем в большинстве институтов, которые, называясь школами или казармами, больницами или тюрьмами, воспитательными домами и т. д., являются одновременно местом исполнения власти и местом формирования определенного знания о человеке. Общее место тому, что можно назвать властью, вершимой над человеком как рабочей силой, и знанию о человеке как индивиде дает, по-моему, именно паноптический механизм. Паноптизм в некотором смысле возник и функционирует в нашем обществе как общая форма; о паноптическом обществе можно говорить с тем же основанием, что и о дисциплинарном. Живя внутри дисциплинарной системы, мы тем самым живем в рамках генерализованного паноптизма.

Вы спросите меня: все это замечательно, но можно ли сказать с уверенностью, что дисциплинарные диспозитивы действительно охватили все общество, что под их натиском механизмы, диспозитивы и власти господства исчезли?

Я думаю, что точно так же, как в средневековом обществе с преобладанием схем господства существовали и власти дисциплинарного типа, в современном обществе тоже можно отыскать формы власти-господства. Где их можно отыскать? Например, в единственном институте, о котором я пока не упоминал в своем традиционном ряду школ, казарм, тюрем и т. д. и отсутствие которого, возможно, вас удивляло, — я имею в виду семью. Мне кажется, что семья и есть — я хотел сказать: остаток, но это не совсем так — своего рода клетка, внутри которой действует не дисциплинарная власть, как принято считать, а, наоборот, власть-господство.

Можно, я полагаю, сказать следующее: неправда, что семья послужила моделью больницы, школы, казармы, мастерской и т. д. Ничто в функционировании семьи не позволяет мне усмотреть преемственность между нею и теми дисциплинарными институтами, диспозитивами, о которых я говорю. Наоборот, в семье функция индивидуализации достигает апогея в фигуре того, кто вершит власть, — то есть в фигуре отца. Эта анонимность власти, эта недифференцированная лента власти, без конца раскручивающаяся в паноптической системе, как нельзя более чужды формированию семьи, где, напротив, полюсом индивидуализации, куда более сильной для него, чем для жены и детей, выступает отец как носитель фамилии, от своего имени осуществляющий власть. Это индивидуализация, направленная вверх и тем самым напоминающая власть-господство, соответствующая типу власти-господства, прямо противоположному дисциплинарной власти.

Кроме того, в семье имеет место постоянная отсылка к связям, обязательствам и зависимостям, которые определяются раз и навсегда фактом брака или рождения. Эта отсылка к предшествующему акту, к установленному раз и навсегда статусу, как раз и придает семье прочность; механизмы надзора оказываются в данном случае только надстройкой, и даже если они не действуют, принадлежность к семье сохраняется. Надзор дополнителен по отношению к семье, не является для нее конститутивным, тогда как в дисциплинарных системах постоянному надзору принадлежит основополагающая роль.

И наконец, в семье переплетается множество, так сказать, гетеротопных отношений: это связи происхождения, договорные связи, связи собственности, личные и коллективные обязательства и т. д. — ничего похожего на монотонность, изотопию дисциплинарных систем. Поэтому я без колебаний отношу функционирование и микрофизику семьи к власти-господству, а не к дисциплинарной власти. Но это, в моей логике, не значит, что семья является остатком, анахроничным или, как минимум, историческим осколком системы, в которой все общество было пронизано диспозитивами господства. Семья — не осколок, не запоздалый след господства, а, мне кажется, наоборот, — важнейшая, и чем дальше, тем более важная деталь дисциплинарной системы.

Можно объяснить это так: поскольку семья повинуется не дисциплинарной схеме, а диспозитиву господства, она оказывается сочленением, узловой точкой, совершенно необходимой для функционирования всех дисциплинарных систем. Я имею в виду, что семья — это инстанция принуждения, которая постоянно выдает индивидов дисциплинарным аппаратам, в каком-то смысле вкладывает их в эти аппараты. Именно благодаря наличию семьи, этой системы господства, действующей в обществе под видом семьи, действует школьная система обязанностей, и дети, индивиды, эти соматические единицы, удерживаются и в конечном итоге индивидуализируются внутри школьной системы. Обязанность ходить в школу требует семейного господства. А как удалось предписать воинскую обязанность людям, которые, разумеется, вовсе не хотели служить в армии? Исключительно в силу того, что государство оказывало давление на семью как маленький коллектив, составляемый отцом, матерью, братьями, сестрами и т. д., воинская обязанность приобрела действительно принудительный характер, и индивидов удалось подключить к дисциплинарной системе, чтобы с ее помощью их конфисковать. Что значила бы обязанность трудиться, если бы индивиды не были заведомо включены в систему семейного господства, в эту систему обязательств, обязанностей, в соответствии с которыми помощь остальным членам семьи, приготовление для них пищи и т. п. не просто разумеются сами собой? Господство в семье было условием подключения к дисциплинарной системе труда. Таким образом, первой функцией семьи по отношению к дисциплинарным аппаратам является, так сказать, выдача им индивидов.

Вторая же функция семьи заключается, на мой взгляд, в том, что она стала своего рода нулевой точкой, в которой различные дисциплинарные системы смогли стыковаться друг с другом. Семья — это обменник, передаточный механизм, обеспечивающий переход от одной дисциплинарной системы к другой, от одного диспозитива к другому. Вот наилучшее подтверждение этому: когда индивид оказывается вытеснен за пределы дисциплинарной системы как ненормальный, куда он попадает? К себе в семью. Будучи вытеснен друг за другом из нескольких дисциплинарных систем как не поддающийся адаптации, дисциплине, воспитанию, он возвращается в семью, и именно на

долю семьи выпадает в свою очередь вытеснить его как не подвластного никакой дисциплинарной системе и удалить, отнеся либо к области патологии, либо к области преступности. Таким образом, семья выступает чувствительным элементом, позволяющим определить индивидов, которые, будучи неадаптируемы ни к какой дисциплинарной системе, не могут переходить из одной системы в другую и в итоге подлежат вытеснению из общества и помещению в другие, специально предназначенные для них дисциплинарные системы.

Итак, семье принадлежит двойная роль: она выдает индивидов дисциплинарным системам и обеспечивает передачу, циркуляцию индивидов от одной дисциплинарной системы к другой. И поэтому, я думаю, можно сказать, что семья, будучи ячейкой господства, необходима для функционирования дисциплинарных систем точно так же, как тело короля, множественность тел короля, были необходимы для сочленения гетеротопных аппаратов в обществах господства.[31] Тем же, чем в обществах господства было тело короля, в обществах, регулируемых дисциплинарными системами, оказывается семья.

Исторически это выразилось в следующем. Я полагаю, что в системах, где власть по сути своей принадлежала к типу господства, исполнялась при помощи диспозитивов господства, семья и была одним из этих диспозитивов, будучи поэтому очень сильной. В Средние века, в XVII и XVIII столетиях семья действительно была очень сильной, и сила ее обусловливалась гомогенностью другим системам господства. Но будучи гомогенной всем прочим диспозитивам господства, семья, как вы понимаете, по большому счету лишалась специфичности: у нее не было точных границ. Пуская разветвленные корни, семья почти не выделялась на общем фоне, и ее границы оставались неопределенными. Она смешивалась со множеством других отношений, к которым была очень близка, ибо принадлежала к тому же типу: это были отношения сюзерена и вассала, сословной принадлежности и т. д. Иначе говоря, семья была сильна своим сходством с другими типами власти, но в силу этого же сходства оставалась неопределенной, размытой.

Напротив, в обществе, подобном нашему, где микрофизика власти принадлежит к дисциплинарному типу, семья не растворяется в дисциплине, но сгущается, уплотняется и интенсифицируется под ее действием. Какую роль играл по отношению к семье гражданский кодекс? Одни историки вам скажут, что гражданский кодекс дал семье максимум возможностей, а другие — что он ограничил власть семьи. В действительности задачей гражданского кодекса было и ограничить семью, и тем самым придать ей определенность, сгустить и интенсифицировать. Благодаря гражданскому кодексу семья сохранила в себе схемы господства — владычество, взаимную принадлежность, связи сюзеренитета и т. д., но и ограничила их сферой отношений мужа и жены, а также родителей и детей. Гражданский кодекс переопределил семью, сосредоточив ее вокруг микроклетки супружеской пары с детьми и придав ей максимум интенсивности. Он утвердил ячейку господства, усилиями которой индивидуальные единицы выдавались дисциплинарным диспозитивам.

Эта сжатая, сплоченная ячейка была необходима для того, чтобы большие дисциплинарные системы, которые уже вывели из оборота, упразднили системы господства, смогли действовать самостоятельно. И этим, как мне кажется, объясняются два примечательных феномена.

Первый из них — форсированная рефамилизация, охватившая в XIX веке прежде всего те классы общества, в которых семьи имели тенденцию распадаться и требовалось укрепление дисциплины, в первую очередь — рабочий класс. В период формирования европейского пролетариата такие факторы, как условия труда, проживания, передвижения рабочей силы, использование детского труда, способствовали все большему ослаблению семейных уз и разложению семейной структуры. И действительно, в начале XIX столетия мы видим, как целые полчища детей, подростков, рабочих мигрируют с места на место, ночуя в общих спальнях и образуя стремительно распадающиеся коммуны. Растет число внебрачных детей, подкидышей, учащаются случаи детоубийства и т. д. В ответ на эти прямые следствия формирования пролетариата очень быстро, уже в 1820—1830-е годы, начинают предприниматься усилия к восстановлению прочности семей; покровители, благотворители, публичные власти пускают на решение этой задачи все возможные средства, ищут способ заставить рабочих жениться, жить в браке, заводить детей, признавать и растить их и т. д. Рефамилизация рабочего образа жизни щедро финансируется:

в 1830—1835 годах в Мюльхаузе строятся первые рабочие городки,[32] где людям дают дом, чтобы они восстановили семью, тогда как против пар, живущих вместе без брака, устраиваются настоящие крестовые походы. Перед вами целая серия дисциплинарных диспозиций.

В это же время в мастерские некоторых городов перестают принимать мужчин, живущих в безбрачной связи. Возникает целый ряд дисциплинарных диспозитивов, действующих в таком качестве непосредственно в мастерской, на фабрике или во всяком случае рядом с ними, но с целью восстановить семейную ячейку, а точнее — образовать такую семейную ячейку, которая повиновалась бы не дисциплинарному механизму, а именно механизму господства, поскольку — в этом-то, собственно, и заключена причина описываемого явления — эффективная работа дисциплинарных механизмов, их максимально сильное и результативное воздействие возможно лишь при наличии рядом с ними, ради фиксации индивидов, этой ячейки господства, какой является семья. Таким образом, между дисциплинарным паноптизмом, — который, как мне кажется, по своей форме радикально отличается от семейной ячейки, — и семейным господством завязывается постоянный взаимообмен. Семья, ячейка господства, на всем протяжении XIX века, в ходе рефамилизации непрерывно стимулируется дисциплинарной тканью, поскольку на самом деле, будучи сколь угодно внешней дисциплинарной системе, сколь угодно чужеродной ей, но и как раз вследствие этой чужеродности, она является цементирующим эту систему элементом.

Второй важный феномен заключается в том, что, когда семейные устои расшатываются и семья перестает выполнять свою функцию, сразу же, и это очень отчетливо видно в XIX веке, возникает целый ряд дисциплинарных диспозитивов, призванных восполнить бессилие семьи. Появляются приюты для брошенных детей, сиротские дома, в 1840—1845 годах открывается множество колоний для малолетних преступников — это их впоследствии назовут неблагополучными детьми, и т. д.[33] Все, что можно объединить термином «социальная помощь», вся эта закипающая в начале XIX века социальная работа,[34] будущие масштабы которой вам хорошо известны, имеет целью создание своеобразной дисциплинарной ткани, способной заменить

семью, одновременно восстанавливая ее и позволяя без нее обходиться.

Возьмем в качестве примера колонию в Меттре́, куда отправляли малолетних преступников, в большинстве своем — сирот. Детей-заключенных группировали по армейскому, то есть дисциплинарному, не семейному, образцу, но вместе с тем в рамках этого субститута семьи, дисциплинарной системы, действующей даже там, где семьи уже нет, имела место постоянная отсылка к семье: надзиратели, начальники и т. д. именовались отцами или старшими братьями, и группы детей, будучи формально насквозь милитаризованными, функционируя по образцу декурии, призваны были составлять семью.[35]

Перед нами, таким образом, [разновидность]* дисциплинарной ткани, продолжающаяся там, где семья бессильна, и, следовательно, являющаяся ответвлением подконтрольной государству власти за пределами семьи; но такого рода ответвления дисциплинарных систем, пусть их функционирование и не носит квазисемейного или псевдосемейного характера, всегда содержат отсылку к семье. Мне кажется, что этот феномен очень показателен в отношении необходимости семейного господства для дисциплинарных механизмов.

Именно здесь, в рамках организации дисциплинарных субститутов семьи, содержащих семейную отсылку, и появляется то, что я буду называть пси-функцией, а именно психиатрическая, психопатологическая, психокриминологическая, психоаналитическая и т. д. функция. Говоря «функция», я имею в виду не только дискурс, но и институт, и самого психологического индивида. И по-моему, функция этих психологов и психотерапевтов, криминологов и психоаналитиков именно такова: они — агенты организации дисциплинарного диспозитива, который продолжается, сохраняет свое действие и там, где дает сбой семейное господство.

Взглянем на историческую картину. Пси-функция, несомненно, зародилась вблизи психиатрии: она возникла в начале XIX века вне зоны действия семьи, в некотором смысле у нее на подхвате. Когда индивид уклоняется от семейного господства, его помещают в психиатрическую больницу и приучают

* В магнитной записи лекции: род, формирование.

там к следованию обыкновенной дисциплине, о чем я говорил вам, приводя примеры, на предыдущих лекциях. И постепенно, в [течение] XIX века, в больнице возникают семейные отсылки, психиатрия начинает преподноситься как институциональный проводник дисциплины, нацеленный на рефамилизацию индивида.

Пси-функция вышла, таким образом, из этого положения на подхвате у семьи. Семья просила отправить индивида на лечение, его подвергали психиатрической дисциплине и брались вернуть в семью, и постепенно пси-функция распространилась на все дисциплинарные системы — школу, армию, мастерскую и т. д. Иными словами, эта пси-функция стала выполнять роль дисциплины для всех недисциплинируемых. Всякий раз, когда индивид оказывался неспособен следовать школьной, фабричной, армейской дисциплине или, в пределе, дисциплине тюрьмы, вмешивалась пси-функция. И ее вмешательство сопровождалось дискурсом, в котором она связывала недисциплинируемый характер индивида с отсутствием, бессилием семьи. Так, во второй половине XIX века любые дисциплинарные недостатки индивида начинают вменять в вину слабости семьи. А затем, в начале XX века, пси-функция становится одновременно дискурсом и контролем, общим для всех дисциплинарных систем. Все схемы индивидуализации, нормализации, подчинения индивидов в рамках дисциплинарных систем направлялись дискурсом пси-функции и строились ее силами.

Так в рамках школьной дисциплины возникала психопедагогика, в рамках дисциплины мастерской — психология труда, в рамках тюремной дисциплины — криминология, а в рамках психиатрическо-больничной дисциплины — психопатология. Будучи инстанцией контроля над всеми дисциплинарными институтами и диспозитивами, пси-функция в то же время, без всякого противоречия, выступает носителем дискурса семьи. Всегда, будь она психопедагогикой, психологией труда, криминологией, психопатологией и т. д., тем, к чему отсылает пси-функция, истиной, которую она конституирует и формирует, чтобы та образовала ее референт, является семья. Ее постоянный референт — семья, семейное господство, причем именно потому, что сама пси-функция есть теоретическая инстанция всякого дисциплинарного диспозитива.

Именно пси-функция свидетельствует о глубинной принадлежности семейного родства к дисциплинарным диспозитивам. Чужеродность, которая видится мне между семейным господством и дисциплинарными диспозитивами, носит функциональный характер. К пси-функции крепятся психологический дискурс, институт и человек. Психология как институт, как тело индивида и как дискурс — вот что, с одной стороны, неотлучно контролирует дисциплинарные диспозитивы, а с другой — всегда отсылает к семейному господству как к инстанции истины, исходя из которой можно описать и определить все позитивные или негативные процессы, происходящие в дисциплинарных диспозитивах.

Неудивительно, что именно дискурс семьи, самый семейный из всех психологических дискурсов — психоанализ, — стал с середины XX века функционировать как дискурс истины, с точки зрения которого возможен анализ всех дисциплинарных институтов. И поэтому, если, конечно, я прав, нельзя критиковать институт, школьную или психиатрическую дисциплину и т. д., опираясь на некую истину, сформированную исходя из дискурса семьи. Рефамилизация психиатрического института или психиатрического вмешательства, критика психиатрических, школьных и т. д. практики, институции или дисциплины от имени дискурса истины, ссылающегося на семью, — все это вовсе не критика дисциплины, а наоборот, постоянный возврат к дисциплине.*

Отсылка к господству в рамках семейного отношения не позволяет уклониться от действия дисциплины, наоборот, она только укрепляет взаимосвязь между семейным господством и дисциплинарной механикой — взаимосвязь, которая кажется мне очень характерной для современного общества и для представления об остаточных следах господства в семье, которые кажутся удивительными, когда сравниваешь их с дисциплинарной системой, но на самом деле, по-моему, действуют в непосредственной связке с нею.

---

* В подготовительной рукописи к лекции М. Фуко ссылается на следующие издания: [a] *Deleuze G., Guattari F.* Capitalisme et Schizophrénie. T. I. L'Anti-Œdipe. Paris: Éd. de Minuit, 1972; [b] *Castel R.* Le Psychanalisme. Paris: Maspero, 1973.

Примечания

[1] М. Фуко имеет в виду реформы, которые, осуждая чрезмерную общественную открытость бенедиктинских общин и утрату ими духа кающегося монашества, обязывали членов ордена как можно строже соблюдать устав св. Бенедикта. См. об этом: [a] *Berlière U.* [1] L'Ordre monastique des origines au XII siècle. Paris: Desclée de Brouwer, 1921; [2] L'Ascèse bénédictine des origines à la fin du XII siècle. Paris: Desclée de Brouwer, 1927; [3] L'étude des réformes monastiques des X et XI siècles // Bulletin de la classe des Lettres et des Sciences morales et politiques. T. 18. Bruxelles: Académie royale de Belgique, 1932; [b] *Werner E.* Die Gesellschaftlichen grundlagender Klosterreform im XI. Jahrhundert. Berlin: Akademie Verlag, 1953; [c] *Lecler J., s. j.* La Crise du monachisme aux XI—XII siècles // Aux sources de la spiritualité chrétienne. Paris: Éd. du Cerf, 1964. О монастырских орденах вообще см.: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux, ou Histoire des ordres monastiques, religieux et militaires [...]. Paris: Éd. du Petit-Montrouge, 1847 (1 éd. 1714—1719). 4 vol.; [b] *Cousin P.* Précis d'histoire monastique. Paris: Bloud et Gay, 1956; [c] *Knowles D.* Les siècles monastiques // Knowles D. & Obolensky D. Nouvelle Histoire de l'Église. T. II. Le Moyen Âge (600—1500) / Trad. L. Jézéquel. Paris: Éd. du Seuil, 1968. P. 223—240; [d] *Pacaut M.* Les Ordres monastiques et religieux au Moyen Âge. Paris: Nathan, 1970.

[2] Клюнийский орден, основанный в 910 г. в Маконне и принявший устав св. Бенедикта, в XI—XII веках развивался в симбиозе с высшим дворянством, из числа которого происходили большинство аббатов и настоятелей клюнийских монастырей. См. об этом: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux... T. I. Col. 1002—1036; [b] *Berlière U.* L'Ordre monastique. Chap. IV: «Kluny et la réforme monastique». P. 168—197; [c] *Valous G. de.* [1] Le Monachisme clunisien des origines au XV siècle. Vie intérieure des monastères et l'organisation de l'ordre. T. II. L'Ordre de Cluny. Paris: A. Picard, 1970; [2] Cluny // Dictionnaire d'histoire et de géographie ecclésiastiques. T. 13 / S. dir. A. Baudrillart. Paris: Letouzey et Ané, 1956. Col. 35—174; [d] *Cousin P.* Précis de l'histoire monastique. P. 5; [e] *Bredero A. H.* Cluny et Citeaux au XII siècle. Les origines de la controverse // Studi Medievali. 1971. P. 135—176.

[3] Цистерцианский орден, основанный 21 марта 1098 г. Робером де Молемом (1028—1111), отделился от Клюнийского ордена под знаменем возвращения к строгому соблюдению устава св. Бенедикта с особым упором на правила бедности, молчания, труда и отрешения от мирских дел. См. о нем: [a] *Helyot R. P.* et al. Dictionnaire des ordres religieux. T. I. Col. 920—959; [b] *Berlière U.* Les Origines de l'ordre de Citeaux

et l'ordre bénédictin au XII siècle // Revue de l'histoire ecclésiastique. 1900. P. 448—471; 1901. P. 253—290; [c] *Besse J.* Cisterciens // Dictionnaire de théologie catholique. T. II / S. dir. A. Vacant. Paris: Letouzey et Ané, 1905. Col. 2532—2550; [d] *Trilhe R.* Citeaux // Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie. T. III / S. dir. F. Cabrol. Paris: Letouzey et Ané, 1913. Col. 1779—1811; [e] *Berlière U.* L'Ordre monastique. P. 168—197; [f] *Mahn J.-B.* L'Ordre cistercien et son gouvernement, des origines au milieu du XIII siècle (1098—1265). Paris: E. de Boccard, 1945; [g] *Canivez J.-M.* Citeaux (Ordre de) // Dictionnaire d'histoire et de géographie ecclésiastique. T. 12 / S. dir. A. Baudrillart. Paris: Letouzey et Ané, 1953. Col. 874—997; [h] *Lekai L. J.* Les Moines blancs. Histoire de l'ordre cistercien. Paris, 1957.

[4] В 1215 г. вокруг кастильского каноника Доминика де Гузмана сформировалась община христианских проповедников, живших по уставу св. Августина, которой в январе 1217 г. папой Гонорием III было дано официальное наименование «Братья-богомольцы». О доминиканском ордене см.: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. I. Col. 86—113; [b] *Galbraith G. R.* The Constitution of the Dominican Order (1216—1360). Manchester: University Press, 1925; [c] *Vicaire M.-H.* [1] Histoire de saint Dominique. Paris: Éd. du Cerf, 1967. См. также: [a] *Mandonnet P.* Frères Prêcheurs // Dictionnaire de théologie catholique. T. IV / S. dir. A. Vacant & E. Mangenot. Paris: Letouzey et Ané, 1910 [1 éd. 1905]. Col. 863—924; [b] *Œchslin R. L.* Frères Prêcheurs // Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique. Doctrine et histoire. T. V / S. dir. A. Rayez. Paris: Beauchesne, 1964. Col. 1422—1524; [c] *Duval A. & Vicaire M.-H.* Frères Prêcheurs (Ordre des) // Dictionnaire d'histoire et de géographie ecclésiastiques. T. 18. Col. 1369—1426.

[5] Орден, основанный в 529 г. в Монтекассино Бенедиктом Нурсийским (480—547), который в 534 г. и ввел его устав. См. о бенедиктинцах: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. I. Col. 416—430; [b] *Butler C.* Benedictine Monachism: Studies in Benedictine Life [...]. Londres: Longmans Green & Co., 1924 (trad. fr.: *Butler C.* Le Monachisme bénédictin / Trad. C. Grolleau. Paris: J. De Gigord, 1924); [c] *Jean-Nesmy C.* Saint Benoît et la vie monastique. Paris: Éd. du Seuil, 1959; [d] *Tschudy T.* Les Bénédictins. Paris: Éd. Saint-Paul, 1963.

[6] Основанный в 1534 г. Игнатием Лойолой (1491—1556) для борьбы с ересями, орден иезуитов получил от папы Павла III буллой «Regimini Militantes Ecclesiae» наименование «Общество Иисуса». См. об этом: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. II. Col. 628—671; [b] *Demersay A.* Histoire physique, économique et politique du Paraguay et des établissements des jésuites. Paris, 1860; [c] *Brucker J.* La Compagnie de Jésus. Esquisse de son institut et de son histoire, 1521—1773. Paris, 1919;

[d] *Becher H.* Die Jesuiten. Gestalt und Geschichte des Ordens. Munich: Kösel-Verlag, 1951; [e] *Guillermou A.* Les Jésuites. Paris, 1963.

[7] «Нищенствующие ордена» возникли в XIII веке в рамках тенденции к оживлению религиозной жизни. Дав обет жить исключительно на публичные пожертвования и соблюдая правило бедности, их члены занимались миссионерской и проповеднической деятельностью. Четырьмя первыми нищенствующими орденами были Доминиканский (a), Францисканский (b), а также ордена Кармелитов (c) и Августинианцев (d).

(a) О доминиканцах — см. выше, примеч. 4.

(b) Основанное в 1209 г. Франциском Ассизским (Франческо ди Бернардоне) «Братство кающихся», целью которого была проповедь покаяния, в 1210 г. стало религиозным орденом, получившим наименование «Меньшие братья» (от латинского *minores* — меньшие, обездоленные). Францисканцы вели образ жизни нищих скитальцев. См. об этом: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. II. Col. 326—354; [b] *Lea H. C.* A History of the Inquisition of the Middle Ages. T. I. New York: Harper and Brothers, 1887. P. 243—304 (франц. пер.: *Lea H. C.* Histoire de l'Inquisition au Moyen Âge / Trad. S. Reinach. T. I. Ch. IV. «Les ordres mendiants». Paris, 1900. P. 275—346; [c] *d'Alençon E.* Frères Mineures // Dictionnaire de théologie catholique. T. IV. Col. 809—863); [d] *Gratien P.* Histoire de la fondation et de l'évolution de l'ordre des Frères Mineures au XVIII siècle. Gembroux, 1928; [e] *Sessevalle F. de.* Histoire générale de l'ordre de Saint-François. 2 vol. Le Puy-en-Velay, 1935—1937; [f] *Moorman J.* A History of the Franciscan Order from its Origins to the Year 1517. Oxford: Clarendon Press, 1968.

(c) В 1247 г. папа Иннокентий IV ввел в семью «нищенствующих» орден Блаженной Девы Марии на Мон-Кармель. О кармелитах, ордене, основанном в 1185 г. Бертольдом Калабрийским, см.: [a] *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. I. Col. 667—705; [b] *Zimmerman B.* Carmes (Ordre des) // Dictionnaire de la théologie catholique. T. II. Col. 1776—1792.

(d) Объединить отшельников Тосканы в одну общину, живущую по августинианскому уставу, решено было папой Иннокентием IV. См.: *Besse J.* Augustin // Dictionnaire de la théologie catholique. T. I / S. dir. A. Vacant. Paris: Letouzey et Ané, 1903. Col. 2472—2483. О «нищенствующих орденах» в целом, помимо главы в «Истории инквизиции» Х. Ч. Ли (*Lea H. C.* A History of the Inquisition... P. 275—346 / Trad. fr.: *Lea H. C.* Histoire de l'Inquisition... T. I. P. 458—459), см.: [a] *Vernet A.* Les Ordres mendiants. Paris: Bloud et Gay, 1933; [b] *Le Goff J.* Ordres mendiants et urbanisation dans la France médiévale // Annales ESC. 1970. N 5: Histoire et urbanisation. P. 924—965. М. Фуко возвращается к нищенствующим

орденам в Средневековье в рамках анализа «цинизма». — См. его курс лекций в Коллеж де Франс за 1983—1984 учебный год «Руководство собой и другими. Смелость истины», лекция от 29 февраля 1984 г.

[8] См. выше, с. 79 (примеч. 4).

[9] Ян Рёйсбрук (1294—1381) основал в 1843 г. в местечке Грёнендаль близ Брюсселя общину, которую в марте 1350 г. преобразовал в религиозный орден августинианского устава, призванный бороться с ересями и падением внутрицерковных нравов. См. об этом: [a] *Hermans F.* Ruysbroeck l'Admirable et son école. Paris: Fayard, 1958; [b] *Orcibal J.* Jean de la Croix et les mystiques rhéno-flamands. Paris: Desclée de Brouwer, 1966; [c] *Cognet L.* Introduction aux mystiques rhéno-flamands. Paris: Desclée de Brouwer, 1968; [d] *Koyré A.* Mystiques, spirituels, alchimistes du XVI siècle allemand. Paris: Gallimard, 1971 (1 éd. 1955).

[10] Одной из характерных особенностей школ Братства общежития было деление учеников на декурии, во главе которых стоял декурион, обязывавшийся следить за поведением своих подопечных. См.: *Gaufrès M. J.* Histoire du plan d'études protestant // Bulletin de l'histoire du protestantisme français. T. XXV. 1889. P. 481—498.

[11] «Особенно последовательно воплощен дух порядка и религиозности в использовании времени. Ранним утром жители идут на мессу, откуда дети отправляются в школу, а взрослые — на работу в мастерской или в поле... По окончании рабочего дня вновь наступает черед религиозных занятий: люди читают катехизис, перебирают четки, молятся. Наконец, затем — свободное время для прогулок и физических упражнений. День завершается сигналом отбоя... Режим этот является общим для монастыря и казармы» (*Baudin L.* Une théocratie socialiste: l'État jésuite du Paraguay. Paris: M.-T. Génin, 1962. P. 23). См. также: [a] *Muratori L.* Il Christianisimo felice nelle Missioni de Padri della Compagnia di Gesu nel Paraguai. Venise: G. Pasquali, 1743 (trad. fr.: *Muratori L.* Relations des Missions du Paraguay / trad. P. Lambert. Paris: Bordellet, 1826. P. 156—157); [b] *Demersay A.* Histoire [...] du Paraguay et des établissements des jésuites; [c] *Brucker J.* Le Gouvernement des jésuites au Paraguay. Paris, 1880; [d] *Fassbinder M.* Der Jesuitenstaat in Paraguay. Halle: M. Niemeyer, 1926; [e] *Lugon C.* La République communiste chrétienne des Guaranis. Paris: Éditions Ouvrières, 1949. М. Фуко обращался к этой теме также в своей лекции «Другие пространства», прочитанной 14 марта 1967 г. в Обществе архитектурных исследований (*Foucault M.* Dits et Écrits. 1954—1988 / Éd. Par D. Defert & F. Ewald, collab. J. Lagrange. Paris: Gallimard, 1994. 4 vol. [далее — DE] IV. N 360. P. 761).

[12] Священническая конгрегация, основанная в XVI веке Сезаром де Бю (1544—1607), с 1593 г. жившим в Авиньоне. Примкнув к движению за обновление религиозного образования, «Братство» развивалось

в XVII и XVIII веках прежде всего на ниве преподавания в коллежах. См.: *Helyot R. P. et al.* Dictionnaire des ordres religieux. T. II. Col. 46—74.

[13] См.: *Foucault M.* Surveiller et Punir. III partie, chap. I. P. 137—138, 143, 151—157.

[14] С 1781 г. рабочий обязывался иметь при себе «книжку» или «тетрадь», которую при переездах полагалось визировать в местных администрациях мест убытия и прибытия и предъявлять каждому новому работодателю. Подтвержденная позднее консулатом, трудовая книжка была отменена только в 1890 г. См.: [a] *Sauzet M.* Le Livret obligatoire des ouvriers. Paris: F. Pichon, 1890; *Bourgin G.* Contribution à l'histoire du placement et du livret en France // Revue politique et parlementaire. T. LXXI, janv.-mars 1912. P. 117—118; [c] *Kaplan S.* Réflexions sur la police du monde du travail (1700—1815) // Revue historique. N 529, janv.-mars 1979. P. 17—77; [d] *Dolleans E. & Dehove G.* Histoire du travail en France. Mouvement ouvrier et législation sociale. 2 vol. Paris: Domat-Montchiestien, 1953—1955. В лекциях курса 1972—1973 учебного года «Карательное общество» М. Фуко 14 мая 1973 г. обсуждает трудовую книжку как «механизм пенализации инфрасудебной жизни».

[15] *Foucault M.* Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humains. Paris: Gallimard, 1966. P. 137—176 (глава V «Классифицировать»).

[16] См. выше, с. 79 (примеч. 5).

[17] На земельном участке в Пентонвилле, приобретенном Иеремией Бентамом в 1795 г., Харви, Бесби и Уильямс построили в 1816—1821 гг. государственное исправительное учреждение в виде шести прямоугольных корпусов, отходящих в виде лучей от центрального восьмиугольника, в котором находились кабинеты священника, инспекторов и служащих. Эта тюрьма просуществовала до 1903 г., когда была снесена.

[18] По итогам проведенного конкурса на строительство образцовой тюрьмы, план которой, согласно циркуляру от 24 февраля 1825 г., должен был быть «таким, чтобы из центрального помещения или внутренней галереи один или в крайнем случае два человека могли осуществлять надзор за всеми участками здания» (*Lucas C.* Du système pénitentiaire en Europe et aux États-Unis. T. I. Paris: Bossange, 1828. P. CXIII), в 1827 г. по проекту, предложенному Лебá, была сооружена тюрьма «Петит-Рокетт», или Центральный исправительно-воспитательный дом. Она открылась в 1836 г. и принимала несовершеннолетних преступников до 1865 г. См.: [a] *Barbaroux N., Broussard J., Hamoniaux M.* L'évolution historique de la Petite Roquette // Revue «Rééducation». N 191, mai 1967; [b] *Gaillac H.* Les Maisons de correction (1830—1945). Paris: Éd. Cujas, 1971. P. 61—66; [c] *Gillet J.* Recherches sur la Petite Roquette. Paris, 1975.

[19] *Bentham J. Le Panoptique.* P. 166 (*курсив автора*).

[20] Точнее, «дать в распоряжение власти исполинскую и вместе с тем неумолимую силу» (Там же. P. 160).

[21] Там же. P. 95 (Предисловие).

[22] Там же. P. 158 (Письмо XXI. Школы): «Этот вид мошенничества, в Вестминстере называемый списыванием, порок, доселе считавшийся неизбежным спутником школы, здесь будет невозможен».

[23] Там же. P. 150 (Письмо XVIII. Мануфактуры).

[24] Там же. P. 115 (Письмо VII. Исправительные дома. Поддержание безопасности).

[25] Там же. P. 152 (Письмо XIX. Дома душевнобольных).

[26] Там же. P. 7—8 (Предисловие).

[27] Там же. P. 164 (Письмо XXI. Школы).

[28] М. Фуко имеет в виду попытку Этьена Бонно де (1715—1780) вывести порядок знания из ощущений как первоматерии всех построений человеческого духа. См.: *Condillac É. B. de.* [1] Essai sur l'origine des connaissances humaines, ouvrage où l'on réduit a un seul principe tout ce qui concerne l'entendement humain. Paris: P. Mortier, 1746; [2] Traité des sensations. Paris: De Bure, 1754. 2 vol. (переиздание: Paris: Fayard, 1984). М. Фуко говорит о Кондильяке в беседе с К. Бонфуа в июне 1966 г. «Умер ли человек?» (DE. I. N 39. P. 542) и в книге «Слова и вещи» (*Foucault M.* Les Mots et les Choses. P. 74—77).

[29] Эти слова, которые Бентам приписывает Гельвецию, соответствуют названию главы «Воспитание может все» его, Клода-Адриена Гельвеция (1715—1771), вышедшего посмертно сочинения «О человеке, его умственных способностях и воспитании» (*Helvétius C.-A.* De l'homme, de ses facultés intellectuelles et de son éducation / Publié par le prince Golitzin. T. III. Amsterdam, 1774. P. 153).

[30] *Chamblain de Marivaux P. C. de* (1688—1763). La Dispute, comédie en un acte et en prose, où pour savoir qui de l'homme ou de la femme donne naissance à l'inconstance, le Prince et Hermiane vont épier la rencontre de deux garçons et de deux filles élevés depuis leur enfance dans l'isolement d'une forêt. Paris: Clousier, 1747.

[31] М. Фуко имеет в виду цитировавшуюся им выше книгу Эрнста Канторовича (*Kantorowicz E.* The King's Two Bodies).

[32] *Penot A.* Les Cités ouvrières de Mulhouse et des départements du Haut-Rhin. Mulhouse: L. Bader, 1867. М. Фуко возвращается к этой теме в беседе с Ж.-П. Бариу и М. Перро «Глаз власти» (см.: *Bentham J.* Le Panoptique. P. 12).

[33] См.: [a] *Monfalcon J.-B. & Terme J.-F.* Histoire des enfants trouvés. Paris: Baillière, 1837; [b] *Parent de Curzon E.* Études sur les enfants trouvés au point de vue de la législation, de la morale et de l'économie politique. Poitiers: H. Oudin, 1847; [c] *Davenne H. J. B.* De l'organisation et du régime

des secours publics en France. T. I. Paris: P. Dupont, 1865; [d] *Lallemand L.* Histoire des enfants abandonnés et délaissés. Études sur la protection de l'enfance. Paris: Picard et Guillaumin, 1885; [e] *Bouzon J.* Cent Ans de lutte sociale. La législation de l'enfance de 1789 à 1894. Paris: Guillaumin, 1894; [f] *Rollet Cl.* Enfance abandonnée: vicieux, insoumis, vagabonds. Colonies agricoles, écoles de réforme et de préservation. Clermont-Ferrand: G. Mont-Louis, 1899; [g] *Gaillac H.* Les Maisons de correction. М. Фуко затрагивает эту тему также в книге «Надзирать и наказывать» (*Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 304—305).

[34] Законом от 10 января 1849 г. в Париже было основано Благотворительное ведомство под общим руководством префекта департамента Сены и министра внутренних дел. Это ведомство и стало назначать главу попечительского совета найденных, брошенных детей и сирот. См. об этом: [a] *Watterville Ad. de.* Législation charitable, ou Recueil des lois, arrêtés, décrets qui régissent les établissements de bienfaisance (1790—1874). 3 vol. Paris, 1863—1874; [b] *Viala C. J.* Assistance de l'enfance pauvre et abandonnée. Nîmes: impr. de Chastanier, 1892; [c] *Dreyfus F.* L'Assistance sous la Seconde République (1848—1851). Paris: E. Cornély, 1907; [d] *Dehaussy J.* L'Assistance publique a l'enfance. Les enfants abandonnés. Paris: Librairie du Recueil Sirey, 1951.

[35] Основанная 22 января 1840 г. судьей Фредериком Огюстом Деметцем (1796—1873) колония в Меттре близ Тура принимала детей, признанных невиновными в силу недееспособности и просто нуждавшихся в перевоспитании. См. о ней: [a] *Demetz F. A.* Fondation d'une colonie agricole de jeunes détenus a Mettray. Paris: Duprat, 1839; [b] *Cochin A.* Notice sur Mettray. Paris: Claye et Taillefer, 1847; [c] *Ducpetiaux E.* [1] Colonies agricoles, écoles rurales et écoles de réforme pour les indigents, les mendiants et les vagabonds, et spécialement pour les enfants de deux sexes, en Suisse, en Allemagne, en France, en Angleterre, dans les Pays-Bas et en Belgique (Rapport adressé au ministre de la Justice). Bruxelles: impr. T. Lesigne, 1851. P. 50—65; [2] La Colonie de Mettray. Batignolles: De Hennuyer, 1856; [3] Notice sur la colonie agricole de Mettray. Tours: Ladevèze, 1861; [d] *Gaillac H.* Les Maisons de correction. P. 80—85. М. Фуко возвращается к этой теме в книге «Надзирать и наказывать» (*Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 300—303).

Лекция от 5 декабря 1973 г.

Лечебница и семья. От лишения прав к принудительному лечению. Разрыв между лечебницей и семьей. — Лечебница, как машина исцеления. — Типология «телесных аппаратов». — Безумец и ребенок. — Оздоровительные дома. — Дисциплинарные диспозитивы и семейная власть.

Сегодня я попытаюсь приоткрыть для вас дисциплинарный фундамент лечебницы и показать, как в XVIII веке, когда заявили о себе несколько характерных дисциплинарных схем, — я имею в виду армию, школу, мастерскую и т. д., — формализацией или, если угодно, систематическим и вместе с тем строгим выражением которых является, на мой взгляд, «Паноптикум» Бентама, общество начала окутывать своеобразная дисциплинарная сеть.

Итак, остановимся ненадолго на функционировании лечебницы, особенно, как мне кажется, характерном в меру особенностей этого учреждения. С одной стороны, я имею в виду связь, первостепенную и в то же время непростую, проблематичную связь лечебницы с семьей. С другой стороны, лечебница как дисциплинарная система является также местом формирования особого рода дискурса истины. Я вовсе не хочу сказать, что другие дисциплинарные системы не подразумевают дискурсов истины или не связаны с семьей, однако думаю, что институт и дисциплину лечебницы связывают с семьей совершенно особые, перегруженные, так сказать, узы, которые, впрочем, завязывались очень долго и трансформировались на всем протяжении XIX века. Не менее специфичен и свойственный лечебнице дискурс истины.

Наконец, третьей характерной особенностью лечебницы — это особенно важная для меня гипотеза, которую я и хочу разыграть прежде всего, — является то, что формирующийся в лечебнице дискурс истины и ее связь с семьей взаимно подкрепляют друг друга, опираются друг на друга и в конечном итоге порождают психиатрический дискурс, который будет преподноситься как дискурс истины и основным объектом которого, мишенью, референтным полем будут как раз семья, семейные персонажи и процессы и т. п. Проблема же заключается в том, чтобы выяснить, как психиатрический дискурс, рожденный, таким образом, в исполнении психиатрической власти, смог превратиться в дискурс семьи, в истинный дискурс семьи, в истинный дискурс о семье.

Лечебница и семья: такова наша сегодняшняя проблема.

Начать нам, как мне кажется, нужно с лечебницы без семьи, с лечебницы в отрыве, в одновременно насильственном и открытом отрыве от семьи. Такова исходная ситуация, та ситуация, в которой мы находим протопсихиатрию, представителями, основателями которой были Пинель, а с еще большим правом — Фодере и особенно Эскироль.

Приведу вам три свидетельства в пользу этой формулировки — лечебница в отрыве от семьи. Первое из них — сама юридическая форма психиатрической изоляции, связанная с законом от 1838 года, от которого мы не ушли до сих пор, поскольку в общем и целом именно им, с незначительными поправками, регулируется помещение в психиатрическую лечебницу. Мне кажется, что этот закон, учитывая эпоху его возникновения, следует истолковать как разрыв с семьей, как лишение семьи прав на безумца. В самом деле, до закона от 1838 года той ключевой процедурой, тем фундаментальным юридическим элементом, который позволял завладеть безумцем, охарактеризовать и определить сам его статус безумца, было, по сути дела, лишение прав.

Что это такое — лишение прав? Во-первых, это юридическая процедура, которая запрашивалась и должна была запрашиваться семьей; во-вторых, лишение прав было судебной мерой, то есть применял его именно судья, хотя и по запросу семьи, после обязательных консультаций с членами семьи; в-третьих, юридическим следствием процедуры лишения прав была передача

гражданских прав отрешенного таким образом индивида семейному совету, в результате чего он, душевнобольной, оказывался взят под опеку. Иными словами, один из секторов семейного права получал вследствие судебных процедур законную силу.[1] Вот что такое процедура лишения прав, и процедура эта была очень важной: безумцем был именно тот, кого лишили гражданских прав, и растратчиком, мотом, безумцем считали кого-либо именно в силу назначенного ему статуса лишенного прав.

Что же касается помещения в лечебницу, то оно на протяжении всей Классической эпохи практиковалось, я бы сказал, регулярно, хотя, если вдуматься, то, наоборот, нерегулярно: я имею в виду, что изоляция могла последовать как после лишения прав, так и независимо от него, но при этом всегда была изоляцией за дело. По запросу ли семьи, обратившейся за помощью к полицейскому лейтенанту, интенданту и т. п., или по решению королевской власти, парламента, человека отправляли в лечебницу, когда уличали его в каком-либо отклонении, правонарушении, преступлении и считали, что изолировать его в данном случае лучше, нежели подвергать правосудию. Таким образом, первоначально принудительное лечение было довольно-таки нерегулярной мерой, которая иногда следовала за лишением прав, в некоторых случаях применялась вместо него и не имела однозначного и фундаментального юридического статуса в рамках этого овладения безумцем.

Собственно овладением было как раз лишение безумца гражданских прав, являвшееся сектором семейного права, которому придавали законную силу судебные процедуры. Я оставляю за скобками ряд эпизодов, бывших предвестием закона от 1838 года, в том числе закон от августа 1790 года, наделивший муниципальную власть новыми правами.[2]

Суть же закона от 1838 года заключена, как мне кажется, в двух основных вещах. Во-первых, в том, что он позволил принимать решение о принудительном лечении, минуя этап лишения гражданских прав. Иными словами, ключевым элементом овладения безумцем стало принудительное лечение, к которому лишение прав добавляется лишь постфактум, именно в качестве дополнения, при необходимости, когда юридическое положение, гражданские права индивида оказываются под угрозой или, наоборот, когда он, будучи правообладателем, угрожает положе-

нию своей семьи. Отныне лишение гражданских прав — не более чем второстепенный элемент фундаментальной процедуры принудительного помещения в больницу.

Человеком овладевают посредством принудительного помещения, то есть отбора самого его тела. Вовсе не лишение гражданских или семейных прав, а самый настоящий отбор тела — вот что теперь выступает фундаментальным юридическим элементом. Но кем и каким образом осуществляется этот отбор? Разумеется, чаще всего он происходит по запросу семьи, но не всегда. Согласно закону от 1838 года, решение о принудительном лечении может быть принято префекторальной властью без каких-либо контактов с семьей. Во всяком случае именно префекторальная власть, удвоенная властью медицинской, решает в конечном счете о помещении кого-либо в лечебницу, по запросу его семьи или же без такового. Допустим, что некто поступает в государственную больницу или в частную клинику с диагнозом или подозрением на безумие; чтобы он действительно, по своему статусу, был признан безумцем, охарактеризован в таком качестве, требуется экспертиза, проведенная человеком, квалификация которого подтверждена гражданскими властями, и проведенная по решению этих гражданских, то есть собственно префекторальных властей. Безумец появляется, приобретает очертания и затем статус уже не в рамках семейного поля, но внутри, так сказать, технически-административной или, если угодно, медицинско-государственной области, которую образует описанная смычка психиатрических знания и власти, с одной стороны, и административных дознания и власти — с другой. Этой паре и предстоит теперь определять безумца в качестве безумца, тогда как семье остается сравнительно ограниченная власть по отношению к нему.

Безумец, прежде бывший индивидом, способным подорвать права, владения, привилегии своей семьи, становится отныне социальной угрозой, опасностью для общества. Действие закона от 1838 года определяет общественного врага, и с этого момента семья теряет свои права. Читая доводы в пользу этого закона, представленные, когда он выносился на голосование, комментарии, последовавшие за его принятием, легко заметить, что в них то и дело говорится: было просто необходимо дать приоритет принудительному лечению над лишением прав, а научно-государственной власти — над властью семейной, чтобы защитить жизнь и права людей от угрозы рядом с ними. Действительно, пока центральной оставалась долгая, трудная, тягостная процедура лишения гражданских прав, укротить безумца было делом сравнительно нелегким, и все то время, что требовалось для улаживания формальностей, безумец мог изводить своих близких. Безумец был опасностью для окружающих, и чтобы отвести эту опасность, окружающие становились мишенью его буйных выходок; поэтому нужно было защитить окружающих и с этой целью ускорить процедуру помещения в лечебницу, проведя ее мимо лишения гражданских прав.

Кроме того, утверждалось, что абсолютизация лишения гражданских прав, придание ему решающего значения способствует всевозможным интригам и конфликтам интересов в семье, в связи с чем опять-таки нужно защитить права прямых, ближайших родственников, то есть родителей и детей, от притязаний дальней родни.

Все это так, и в определенном смысле закон от 1838 года работал именно в этом направлении — лишал дальних родственников выгоды и интереса в узкосемейном деле. И это прекрасно вписывается в целый комплекс процессов, шедших на всем протяжении XIX века и обращенных не только к безумцам, но и к педагогике, и к преступности и т. д.*

Власть государства, или, можно сказать, особого рода технически-государственная власть, входит в обширную систему семьи, как в некотором роде еще один угол, от своего собственного имени наделяет себя рядом прерогатив, которые до того принадлежали большой семье, и, чтобы осуществлять эти вновь приобретенные полномочия, опирается на единицу не то чтобы совершенно новую, но вновь очерченную, усиленную и интенсифицированную, каковой становится компактная семейная ячейка.

Маленькая семейная ячейка в составе родителей и детей — это своего рода зона интенсификации внутри большой семьи, в свою очередь лишаемой прав и замыкаемой на себя. И именно

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «В данном случае мы имеем дело с процессом, важным для всей истории психиатрической власти».

власть государства, в данном случае — технически-государственная власть, изолирует, чтобы на нее опереться, эту компактную, клеточную, сплоченную семью — следствие натиска той же технически-государственной власти на семью большую, оставшуюся без прав. Вот как, на мой взгляд, можно охарактеризовать действие закона от 1838 года, и очевидно, что, поскольку все крупные лечебницы полтора века с тех пор функционировали согласно именно этой юридической форме, она не благоприятствует внутрисемейным властям, а наоборот, лишает семью ее традиционных властей. На юридическом уровне между лечебницей и семьей произошел разрыв.

Если обратиться теперь к медицинской тактике, к тому, собственно, каким образом развиваются события в лечебнице, то что мы увидим?

Во-первых, следующий фундаментальный принцип, с которым мы сталкиваемся на протяжении всего, я бы сказал, безмятежного существования психиатрической дисциплины, то есть вплоть до XX века. Это даже не принцип, а, скорее, практическая норма, правило: ни в коем случае не следует лечить душевнобольного в семье. Семейная среда совершенно несовместима с проведением какой-либо терапевтической деятельности.

В XIX веке мы встретим сотни формулировок этого принципа, но я приведу вам в качестве образцового примера всего одну из них — довольно раннюю и в некотором смысле основополагающую. В тексте Фодере, относящемся к 1817 году, говорится, что поступающий в лечебницу «входит в новый мир, где ему предстоит быть полностью разлученным со своими родителями, друзьями и знакомыми».[3] В другом, более позднем тексте (1857), который я цитирую, потому что в нем отражен важный поворот и он послужит для нас ориентиром, тот же Фодере повторяет: «При первых же признаках безумия следует разлучить больного с его семьей, друзьями и ближайшим окружением и предоставить его опеке специалиста».[4] Итак, нельзя лечить душевнобольного в его семье.

Во-вторых, в течение всего периода терапии, то есть медицинского воздействия, которое должно привести к исцелению, всякие контакты с семьей вредны и опасны, и по мере возможности следует их избегать. Таков, если угодно, принцип изоляции, или, поскольку слово «изоляция» само по себе содержит

опасность, подразумевая, что больной должен быть один, тогда как в лечебнице его содержат вовсе не в одиночестве, — принцип отдельного мира. По отношению к семейному пространству территория, очерченная дисциплинарной властью лечебницы, должна быть абсолютно отдельной.[5] Почему? Я кратко укажу на причины этого — одни из них вполне банальны, другие же довольно примечательны, и им, с учетом постепенных преобразований, суждена в истории психиатрической власти своя судьба.

Первая из этих причин состоит в принципе отвлечения, вопреки своей кажущейся банальности весьма важном: чтобы исцелиться, безумец ни в коем случае не должен думать о своей болезни.[6] Надо стараться, чтобы мысли о своем безумии не приходили ему в голову, чтобы оно было, насколько это возможно, исключено из его дискурса и не открывалось взглядам очевидцев. Спрятать свое безумие, не говорить о нем, вытеснить его из головы, думать о другом: таков принцип не-ассоциации, или, если угодно, принцип диссоциации.

Он представляет собой одну из важнейших схем психиатрической практики рассматриваемой эпохи, вплоть до поры, когда восторжествует, наоборот, принцип ассоциации. Когда я говорю о принципе ассоциации, я имею в виду не Фрейда, а уже Шарко, то есть вторжение истерии: именно истерия станет поворотной точкой во всей этой истории. Однако вернемся: семья должна отсутствовать, безумного индивида следует поместить в совершенно отдельный мир согласно принципу отвлечения.

Вторая причина, опять-таки предельно банальная, но важная из-за истории, которая ей предстоит, заключается в том, что семья незамедлительно опознается, маркируется пусть не как причина, но во всяком случае как повод к душевной болезни. Ссоры, финансовые затруднения, ревность, тоска, разлука, разорение, нищета и т. д. — все это может повлечь за собой приступ безумия, все это вызывает безумие и непрерывно подстегивает его.[7] А это значит, что больного следует отделить от семьи еще и чтобы нейтрализовать семью как постоянную поддержку безумия.

Третья и очень примечательная причина связана с понятием, которое ввел Эскироль и которое не прижилось, быстро исчезло, хотя использовалось, меняя точную [...*] формулировку, до-

* В магнитной записи лекции: эскиролевскую.

вольно долго. Это весьма странное понятие «симптоматической подозрительности»[8] [...*]. Эскироль утверждает, что душевнобольной, и в частности маньяк, поражен «симптоматической подозрительностью»; умопомешательство является для него процессом, в ходе которого изменяется общее настроение индивида: его ощущения искажаются, он переживает новые впечатления, утрачивает ясность восприятия, по-другому, чем раньше, видит лица, слышит слова, в некоторых случаях даже слышит голоса, не имеющие реального источника, видит образы, не являющиеся в полной мере образами восприятия, — галлюцинации. Причина всех этих изменений на уровне тела душевнобольного остается для него непонятной по двум причинам: во-первых, он не знает, что безумен, и во-вторых, не понимает механизмов безумия.

Не зная причины всех этих трансформаций, больной ищет их источник за пределами себя, за пределами своего тела, за пределами безумия, а именно в своем окружении. И таким образом связывает не то чтобы саму странность своих ощущений, но причину этой странности, с тем, что его окружает; он вдруг приходит к выводу, что его болезнь коренится в злонамеренности окружающих, и оказывается одержим манией преследования. Мания преследования, то, что Эскироль называл «симптоматической подозрительностью», оказывается своего рода фоном, на котором разворачиваются взаимоотношения больного с его окружением. И вполне понятно, что, если мы хотим устранить эту симптоматическую подозрительность, то есть убедить больного в том, что он болен и странность его ощущений связана исключительно с его болезнью, то нам нужно оградить его жизнь от всех тех, кто его окружал, и теперь, в качестве источника его безумия, оказался затронут симптоматической подозрительностью.

И наконец, четвертый мотив, приводившийся психиатрами в пользу необходимости разрыва с семьей, заключается в том, что внутри всякой семьи имеют место властные отношения — я бы назвал их отношениями господства, однако в данном случае это неважно, — заведомо несовместимые с лечением безумия по двум причинам. Во-первых, эти властные отношения сами по себе подстегивают безумие: например, то, что отец может тиранить детей и свое окружение, очевидным образом относится к семейной властной сети и, естественно, разжигает бред величия у отца; или то, что жена, в силу присущих семейному пространству властных отношений, может давать волю своим капризам и диктовать их мужу, также очень свойственно семейной власти и, естественно, не может не способствовать безумию жены. Следовательно, нужно вывести индивидов из ситуации власти, устранить опорные точки их власти в семье. А во-вторых, медицинская власть вообще относится к иному типу, нежели власть семейная, и, чтобы она действовала эффективно, затрагивала больного, нужно оставить за оградой лечебницы все конфигурации, все опорные точки, все передаточные звенья семейной власти.

Таковы в общем и целом четыре причины, которыми психиатры описываемой эпохи объясняли необходимость терапевтического разрыва между лечебницей и семьей. И вы найдете множество назидательных историй о том, как в процессе шедшей прямиком к успеху терапии малейший контакт больного с семьей сводил все усилия врачей к нулю.

Так, Бертье — ученик Жирара де Кайё, работавший в больнице в Оксерре,[9] — приводит в своем трактате «Медицина душевных болезней» целый ряд ужасающих рассказов о людях, которые уже находились на пути к исцелению, когда контакты с семьей вызвали у них катастрофические ухудшения. «М. Б., почтенный священник, всегда придерживавшийся строгой аскезы, оказался без отчетливой причины поражен мономанией. Из соображений осторожности и принятого обычая близким больного запретили посещать его в лечебнице. Но вопреки этой предусмотрительной мере, его отец все-таки проник к нему. Состояние больного, уже шедшего на поправку, резко ухудшилось: его бред стал принимать самые различные формы. У него начались галлюцинации, он забросил свой бревиарий, стал ругаться и богохульствовать и даже оказался жертвой эротико-оргиастического бреда».[10]

Другая история, еще краше: «Г-жа С., пораженная в результате печалей и неудач меланхолией с приступами мании, в удручающем состоянии поступила в Оздоровительный дом департамента Роны. После двух лет тщательного ухода за ней удалось добиться существенного улучшения: больная выздоравливала. Обрадованный этим, ее сын выразил желание встретиться с

* В магнитной записи лекции: введенное Эскиролем.

матерью. Главный врач пошел ему навстречу, но оговорил, что посещение должно быть как можно более кратким. Даже не догадываясь о важности этого совета, молодой человек ему не последовал. И через два дня приступы возобновились...».[11]

Простите, но я хотел рассказать вам совсем другую историю... В больнице в Оксерре лечился и был уже на пути к выздоровлению один отец семейства. И вот однажды, глядя в окно, он замечает своего сына. Тут же его обуревает нестерпимое желание увидеться, он разбивает стекло, и это устранение преграды, отделявшей лечебницу от внешнего мира, а его самого, больного, — от сына, оказывается катастрофой: он снова впадает в бредовое состояние. Контакт с семьей мгновенно форсирует болезненный процесс.[12]

Итак, поступление в лечебницу, жизнь в лечебнице с необходимостью подразумевают разрыв с семьей.

Если же теперь мы посмотрим, что происходит вслед за поступлением, после того как этот обряд очищения и разрыва исполнен, — если мы посмотрим, каким образом в лечебнице пытаются лечить, как в ней происходит так называемое лечение, — то убедимся, что, опять-таки, каких-либо напоминаний о семье как операторе лечения здесь нет и в помине. Здесь никогда не должна заходить речь о семье, и более того, если мы хотим исцеления, то ни в коем случае не следует опираться на элементы, диспозиции или структуры, которые могут так или иначе напомнить о семье.

Этот поворотный этап связан с именем Эскироля и его последователей, работавших в 1860-е годы. Что, собственно, лечит больного в больнице в этот первый период истории психиатрической власти? Две вещи... впрочем, нет, в сущности, одна: лечит в больнице сама больница. Ее архитектурное устройство, организация пространства, принцип распределения индивидов в этом пространстве, принцип перемещения в нем, принцип наблюдения и нахождения под наблюдением — все эти вещи обладают собственным терапевтическим значением. Машиной исцеления в психиатрии этой эпохи является больница. Говоря о двух вещах, я имел в виду, что существует также истина. Однако я попытаюсь показать, что дискурс истины, обнаружение истины как психиатрическая операция суть в конечном счете лишь следствия этой пространственной диспозиции.

Больница — это машина для лечения. И как же она лечит? Отнюдь не воспроизводя семью: больница никоим образом не является некой идеальной семьей. Она лечит путем использования элементов, формализацию которых я попытался представить на примере Бентама: больница лечит потому, что она — паноптическая машина, лечит как паноптический аппарат. Ведь в самом деле, больница — это машина осуществления власти, введения, распределения, приложения власти по бентамовской схеме, хотя архитектурные решения, заданные проектом Бентама, и претерпевают очевидные изменения.

В больнице налицо, в первом приближении, четыре или пять элементов бентамовского паноптикума, выполняющие в полном смысле слова лечебные функции.

Во-первых, это постоянная видимость.[13] Душевнобольной, помимо прочего, должен находиться под надзором; но знание, что ты всегда под надзором, а точнее, что ты всегда можешь быть под надзором, всегда пребываешь под виртуальной властью постоянного взгляда, это знание само по себе обладает терапевтическим значением, ибо именно когда знаешь, что на тебя смотрят, причем смотрят как на безумца, ты не показываешь свое безумие, и принцип отвлечения, диссоциации работает в полную силу.

Необходимо, чтобы безумец всегда пребывал в положении человека, за которым могут наблюдать, в этом-то и заключен принцип архитектурной организации лечебниц. Хотя круговому паноптикуму предпочли иную систему, она должна была обеспечивать столь же всепроникающую видимость, — речь идет о павильонном здании, о системе небольших павильонов. Как поясняет Эскироль, эти павильоны следовало располагать в трех направлениях, оставляя четвертое открытым на окружающую местность; по возможности они должны были быть одноэтажными, чтобы врач мог войти беззвучно, не замеченный ни больными, ни служителями, ни надзирателями, и сразу осмотреть происходящее.[14] Кроме того, в этой претерпевшей некоторые изменения лечебнице павильонного типа, а такая модель использовалась до конца XIX века, камера — ибо в описываемый период Эскироль еще считал камеру если не предпочтительной, то по крайней мере допустимой заменой дортуара, — имела окна с двух сторон, чтобы, когда больной смотрел в одну сторону,

за ним можно было наблюдать через противоположное окно, и наоборот. Вообще, в высказываниях Эскироля о том, какими следует строить лечебницы, налицо прямое перенесение в эту область принципа паноптизма.

Во-вторых, принцип центрального наблюдения, эта своеобразная вышка непрерывного исполнения анонимной власти, также претерпел ряд изменений. Мы находим эту вышку в виде главного здания, которое по-прежнему располагается в центре и позволяет следить за происходящим во всех окружающих его павильонах. И все-таки центральное наблюдение осуществляется теперь иначе, чем у Бентама, хотя и нацелено на тот же результат — его можно было бы назвать пирамидальным надзором взглядов.

В лечебнице имеет место иерархия, состоящая из служителей, санитаров, надзирателей и врачей, связанных между собою иерархической лестницей, на вершине которой стоит главный врач, лично руководящий учреждением, поскольку разделения административной и медицинской властей быть не должно — в этом сходятся все психиатры эпохи. К этому-то единому и абсолютному знанию-власти, которое представляет главный врач, и должны в конечном счете сходиться все звенья-передатчики надзора.

В-третьих, принцип изоляции, также имеющий терапевтическое значение. Я имею в виду изоляцию, индивидуализацию, обеспечиваемую камерой Эскироля, которая почти без изменений воспроизводит камеру бентамовского Паноптикума с ее двумя окнами и контрастным светом. Этот же очень примечательный принцип изоляции, тщательного устранения всех элементов группы и жесткого ограничения индивида, мы обнаруживаем в широкой медицинской практике начала XIX века в виде системы, которую можно было бы назвать триангулярным восприятием безумия.

Лечебница как таковая то и дело встречала следующее возражение: оправданно ли с медицинской точки зрения собирать в одном месте исключительно душевнобольных? А не заразно ли безумие? И кроме того, если человек видит вокруг себя одних безумцев, не вызовет ли это у него меланхолию, грусть и т. д.?

Медики отвечали: вовсе нет. Напротив, очень полезно видеть безумие других при условии, что каждый больной может

смотреть на других больных так же, как смотрит на них врач. Иными словами, не следует прямо предлагать больному смотреть на себя с точки зрения врача, поскольку он сосредоточен на собственном безумии; к безумию же других он, наоборот, невнимателен. Следовательно, если врач будет объяснять каждому больному, в чем проявляется действительная болезнь и безумие всех тех, кто его окружает, то больной, воспринимая опосредованно, по треугольной траектории, безумие других, в конечном итоге поймет, что значит быть безумцем, бредить, страдать манией или меланхолией, быть мономаном. Когда считающий себя Людовиком XVI увидит перед собой кого-то другого, тоже считающего себя Людовиком XVI, и увидит, как обращается с этим другим Людовиком XVI врач, он косвенным образом примет на себя и на свое безумие точку зрения, аналогичную медицинской.[15]

Безумца изолируют в его собственном безумии посредством этой триангуляции, которая сама по себе является эффектом исцеления,[16] или во всяком случае гарантией лечебницы от той опасности заразы, группового распространения болезни, предотвратить которую в больнице, в школе и т. д. и входило в задачу Паноптикума. Не-заразность, не-возникновение группы — вот к чему было устремлено это медицинское восприятие других, которое каждый больной должен был выработать по отношению к окружающим.

И наконец, — мы опять-таки узнаем здесь тему Паноптикума, — в лечебнице практикуется постоянное наказание, осуществляемое, разумеется, персоналом, всегда и для всех больных без исключения и с помощью ряда инструментов.[17] В 1740-е годы в Англии, которая осваивала западноевропейскую психиатрическую практику с некоторым отставанием, несколько ученых, в основном ирландцев, ввели принцип «no restraint», то есть принцип отказа от физических мер принуждения.[18] Почин этот имел в свое время широкий резонанс, и во всех больницах Европы в той или иной степени прошла кампания за «no restraint» вкупе с довольно существенной корректировкой отношения к больным. И все же я не склонен переоценивать остроту этой альтернативы — физическое воздействие или «no restraint».

В качестве примера приведу вам письмо преподобной матери-настоятельницы лилльского приюта к своей вышестоящей

коллеге из Руана, в котором говорилось: вы знаете, не так уж это серьезно; вы тоже можете поступить так, как мы в Лилле, отказаться от всех этих инструментов при условии, что приставите к каждому освобожденному душевнобольному «монахиню-сиделку для увещевания».[19]

Таким образом, альтернатива между надзором, участием персонала или же использованием неких орудий оказывается в конечном счете поверхностной, не затрагивающей глубинного механизма постоянного наказания. Хотя система «restraint» представляется мне более ясной и очевидной. В больницах этого времени — после знаменитого освобождения Пинелем больных в Бисетре в 1820-м году и до движения за «no restraint», начавшегося около 1845-го года, — применялся целый ряд замечательных орудий: неподвижный, прикрепленный к стене стул, к которому привязывали больного; стул, который при движениях больного начинал раскачиваться;[20] железные наручники;[21] муфты;[22] смирительные рубашки; рубашки-перчатки, которые надевали больным через голову, фиксируя их руки на бедрах;[23] плетеные корзины-гробы;[24] собачьи ошейники с шипами. Целая технология тела, заслуживающая интереса: стоило бы проследить ее эволюцию в рамках общей истории телесных аппаратов.

Мне кажется, мы вправе сказать следующее: до XIX века использовалось довольно много подобных телесных аппаратов, которые можно разделить на три типа. Прежде всего это были защитно-испытательные аппараты, посредством которых индивиду запрещалось совершать те или иные действия, определенного рода его стремления пресекались. Важно, до какой степени человек мог выносить их воздействие и возможно ли было обойти материализуемый ими запрет. Образцом такого рода механизмов можно считать пояс целомудрия.

К другому типу относятся аппараты выяснения истины, повинующиеся закону постепенной интенсификации, количественного усиления, — таковы, скажем, погружение в воду или дыба,[25] которые использовались в уголовной практике, при допросах.

И наконец, третий тип составляют телесные аппараты, ключевой функцией которых были демонстрация и обозначение силы власти: так, клеймение раскаленной печатью плеча или лба человека, четвертование или сжигание на костре цареубийцы были одновременно аппаратами казни и маркировки; неистовствующая власть запечатлевалась таким образом прямо на изувеченном и усмиренном теле.[26]

Таковы, на мой взгляд, три основных типа телесных аппаратов, а в XIX веке возникает четвертый их тип, и, по-моему — впрочем, это только гипотеза, ибо, повторю, история этих машин еще не написана, — возникает он именно в изучаемый нами период и именно в лечебницах. Объединяемые им аппараты можно назвать ортопедическими орудиями; я имею в виду орудия, функцией которых является не обозначение власти, не выяснение истины, не защита, но усмирение и выучка тела.

И для аппаратов этих характерно, как мне кажется, следующее. Во-первых, они действуют непрерывно. Во-вторых, в перспективе само их воздействие должно устранять их необходимость — однажды, сняв аппарат, мы должны выяснить, что его действие целиком и полностью впиталось в тело. Это самоуничтожающиеся аппараты. И в-третьих, это аппараты в меру возможности гомеостатические, то есть такие, что чем меньше сопротивляешься их действию, тем меньше его ощущаешь, и чем более стремишься его избежать, тем сильнее от него страдаешь. Система ошейника с железными шипами: пока не опускаешь головы, его не чувствуешь, но стоит наклониться, и шипы вонзаются тебе в подбородок; или система смирительной рубашки: чем активнее вырываешься, тем туже она тебя стягивает; или система раскачивающегося стула: сидя смирно, сохраняешь устойчивость, а как только начинаешь двигаться, стул укачивает тебя до тошноты.

Таков принцип ортопедического орудия, которое, на мой взгляд, эквивалентно в больничной механике тому, что грезилось Бентаму в образе абсолютной видимости.

Все это приводит нас к психиатрической системе, в которой семья не играет абсолютно никакой роли. Семья не просто обезврежена, заведомо выведена из игры, но и ничто в чаемом терапевтическом действии больничного аппарата даже не перекликается с семейным порядком. Уместной здесь, функционирующей в лечебнице кажется мне скорее уж модель мастерской, крупных сельскохозяйственных предприятий колониального типа или же казарменной жизни с ее построениями и проверками.

И действительно, больницы рассматриваемой эпохи работали именно так, именно по этой схеме. Паноптикум как общая система, система постоянной инспекции, неотлучного взгляда, очевидным образом нашел свое воплощение в пространственной организации индивидов, расположенных рядом друг с другом под неусыпным надзором того, кто призван за ними следить. Так, директор лилльской лечебницы[27] рассказывает: приняв руководство учреждением незадолго до кампании за «no restraint», он был поражен, с порога услышав душераздирающие крики, доносившиеся отовсюду, но затем успокоился (хотя, отметим, встревожился уже по другому поводу), убедившись, что больные ведут себя совершенно смирно, поскольку все они были в поле его зрения, прикрепленные к стене — вернее, привязанные к прибитым к стене креслам. Как видите, эта система воспроизводит паноптический механизм.

Мы имеем дело с принуждением безоговорочно внесемейного типа. По-моему, ничто в лечебнице не позволяет вспомнить об организации семьи; наоборот, напрашиваются примеры мастерской, школы, казармы. К тому же и происходит там не что иное, как работа в мастерских, сельскохозяйственный труд, школьное обучение и казарменное размещение индивидов.

Так, например, Лере в своей книге «Моральное лечение» (1840) пишет: «Когда позволяет погода, больных, способных ходить и не могущих или не желающих работать, собирают во дворе лечебницы вместе и проводят с ними строевые занятия, как с солдатами. И подражание воздействует столь сильно, даже на самых немощных или упрямых, что и в числе последних я видел многих, которые, поначалу отвергая все наотрез, тем не менее присоединялись к ходьбе. А это начало методической, регулярной, разумной деятельности, которая в свою очередь сближает с другими».[28] Говоря о больном, автор добавляет: «Если я повышаю его в чине, позволяю отдавать приказы, и он с этим справляется, можно быть почти уверенным в его выздоровлении. К делу командования маршами и построениями я никогда не привлекаю надзирателей: всё делают больные.

С помощью этой в известной степени военной организации [и тут Лере переходит от ортопедических упражнений к собственно установлению медицинского знания. — *М. Ф.*] упрощается осмотр больных, будь то в помещении или во дворе: я могу

ежедневно, уделяя бóльшую часть своего времени душевнобольным, проходящим активную терапию, хотя бы окинуть взглядом неизлечимых пациентов».[29] Итак, смотр, инспекция, построение во дворе, наблюдение врача: мы и впрямь в военной среде. Именно так и функционировала лечебница в 1850-е годы, после чего, как мне кажется, происходит некоторый сдвиг.*

В 1850—1860-е годы начинает складываться идея о том, что безумец подобен ребенку, затем — что его следует поместить в среду, аналогичную семейной, хотя это и не будет семья, и, наконец, что эти квазисемейные элементы тоже в свою очередь обладают самостоятельным терапевтическим значением.

Эту формулу, согласно которой безумец — это ребенок, вы найдете, в частности, в одном тексте Фурне, к которому я еще вернусь, поскольку он весьма важен. Это статья «Моральное лечение умопомешательства», опубликованная в «Медико-психологических анналах» в 1854 году. К больному нужно относиться как к ребенку, и семья, «подлинная семья, в которой царит умиротворение, здравомыслие и любовь», как раз и призвана «с самого начала, при первых же признаках того, что человек сбился с пути» доставить ему «моральное лечение — образцовое для всех расстройств души и рассудка».[30]

Этот текст 1854 года особенно примечателен тем, что открывает довольно новое для своего времени направление в психиатрии. Действительно, Фурне говорит о том, что семья имеет терапевтическое значение, что она является образцом, по которому и основываясь на котором должна строиться особая психологическо-умственная ортопедия; и приводит два не связанных с психиатрической больницей примера. «Миссионеры цивилизации [я думаю, что он имеет в виду как миссионеров в строгом смысле слова, так и солдат, покорявших в это время Алжир. — *М. Ф.*], которые перенимают миролюбивый дух

* В подготовительной рукописи М. Фуко продолжает рассуждение, уточняя: «Мы имеем дисциплинарный диспозитив, считающийся полноправным обладателем терапевтической действенности. И в этих условиях понятно, что коррелятом такого рода терапевтики, предметом ее воздействия, является воля. Определение безумия не как ослепления, но как поражения воли, и включение безумца в дисциплинарное терапевтическое поле суть два коррелятивных феномена, поддерживающих и усиливающих друг друга».

семьи, благорасположение и самоотверженность ее членов по отношению друг к другу и даже, может быть, по-отцовски стремятся устранить предрассудки, ложные традиции, заблуждения аборигенов, подобны Пинелю и Дакену в сравнении с воинственными армиями, насаждающими цивилизацию грубой силой оружия и несущими покоренным народам те же цепи и тюрьмы, что и несчастным душевнобольным».[31]

Говоря яснее, Фурне выделяет две эпохи в истории психиатрии: одну, когда психиатрия использовала цепи, и другую, когда, напротив, она обратилась к языку человеческих чувств. Таким же образом есть два метода и, возможно, две эпохи колонизации — эпоха простого вооруженного завоевания и эпоха заселения и глубинной колонизации. И эта глубинная колонизация осуществляется за счет организации семейного типа: ее начинают вести, подходя к традициям и заблуждениям аборигенов по-семейному. Фурне продолжает: то же самое относится и к правонарушителям. И здесь он приводит в качестве примера колонию в Меттре, основанную в 1840 году, где использовались по чисто военной, в сущности, схеме обращения «отец», «старший брат» и т. д. — элементы псевдосемейной организации. Фурне комментирует этот пример так: в этом случае тоже применяется семейная модель, чтобы попытаться «восстановить [...] в окружении этих несчастных, оказавшихся сиротами силой обстоятельств или вследствие порочности родителей, семейный режим». И заключает: «Нет-нет, господа, я вовсе не хочу с ходу уподобить умопомешательство духовной бедности народов или индивидов, осужденных историей или законом...»[32] Эту задачу Фурне оставляет на будущее, и она так и не была им осуществлена.

Но, как вы понимаете, если не он, то многие другие затем осуществят ее. Нам хорошо знакомо уподобление друг другу правонарушителей как подонков общества, колониальных народов как подонков истории и безумцев как подонков человечества в целом — всех этих индивидов, которых нельзя перевоспитать, окультурить и ортопедическое лечение которых возможно лишь с применением семейной модели.

И это, как мне кажется, очень важный сдвиг. Важный, поскольку текст Фурне относится к 1854 году, к очень ранней дате, предшествующей дарвинизму и «Происхождению видов».[33] Разумеется, уже был известен, по крайней мере в общем виде, принцип онтогенеза/филогенеза, однако в данном случае он используется весьма странно, а особенно, еще более чем уподобление безумца, дикаря и правонарушителя, интересна идея о том, что семья выступает своего рода единым лекарством от дикости, преступности и безумия. Таким образом, приблизительно к 1850-м годам — я не утверждаю, что приведенный текст первый в своем роде, он кажется мне лишь одним из самых показательных, и до него я не встречал столь ясного изложения этих идей, — относится феномен, на котором я хотел бы сейчас остановиться.

Но почему он заявил о себе именно тогда, что именно тогда происходило, что было подоплекой происходящего? Я вел длительные поиски, задаваясь ницшеанским вопросом «Кто говорит?», который, как мне казалось, должен был вывести на верный путь. И в самом деле, кто формулирует описанную идею? Где она обнаруживается?

Мы находим ее у таких авторов, как Фурне,[34] последователя Пинеля-классика Казимира Пинеля,[35] Бриера де Буамона,[36] она угадывается также у Бланша,[37] — и все это люди, общей характеристикой которых является руководство иногда публичными службами, а чаще всего — частными оздоровительными домами, параллельными и значительно отличавшимися от государственных лечебниц и учреждений. К тому же все примеры семейной организации лечения берутся ими из практики частных больниц. Вы скажете: тоже мне открытие! Да всем известно, что уже в XIX веке существовали больницы-казармы для простонародья и благоустроенные оздоровительные дома для богатых. Но в действительности, и я попытаюсь вам это показать, речь идет о феномене, превосходящем эту оппозицию или, если угодно, заложенном в ней, но намного более узком.

Я спрашиваю себя, а не имел ли место в XIX веке некий важный феномен, лишь бесчисленные следствия которого мы сейчас обсуждаем. Этим важным феноменом, об отголосках которого мы говорим, была, возможно, интеграция, организация и эксплуатация того, что я бы назвал выгодами аномалий, выгодами беззаконий, выгодами отклонений. Я бы сказал так: первостепенной, бросающейся в глаза, всеобъемлющей функцией дисциплинарных систем, которая ясно заявила о себе

уже в XVIII веке, было приспособление множества индивидов к аппаратам производства или к контролирующим их государственным аппаратам — другими словами, подгонка принципа накопления людей к принципу накопления капитала. В меру своего нормализующего действия эти дисциплинарные системы с необходимостью порождали вблизи своих границ — в порядке исключения или в качестве остатка — целый ряд аномалий, беззаконий и отклонений. Чем более жестка дисциплинарная система, тем больше аномалий и отклонений. Причем эти отклонения, беззакония, аномалии, которые дисциплинарная система призвана была устранять, но которые она, напротив, неуклонно вызывала по мере своей работы, — эти поля аномалий, отклонений оказались для экономико-политической системы буржуазии XIX века источником выгоды и вместе с тем источником усиления власти.

Приведу пример, очень близкий к теме психиатрических больниц, о которых мы поговорим затем, — пример проституции. Разумеется, пресловутый треугольник проститутки—клиенты—сутенеры существовал задолго до XIX века, равно как и дома терпимости, сети таких домов и т. п.; задолго до XIX века проституток и сутенеров использовали в качестве осведомителей, а в сфере сексуального удовольствия обращались крупные денежные массы. Но в XIX веке, как мне кажется, во всех европейских странах организуется жесткая сеть, опирающаяся на целый комплекс недвижимости — прежде всего отелей, закрытых домов и т. д., система, передатчиками и агентами в которой становятся сутенеры, одновременно являющиеся осведомителями и поголовно включенные в группу, о формировании которой я попытался рассказать вам в прошлом году, — в группу правонарушителей.[38]

Если так нужны были правонарушители и если в конечном счете было предпринято столько усилий, чтобы сформировать их «среду», то не потому ли, что они составляли резервную армию этих столь важных агентов, только примером которых выступают сутенеры-осведомители? Эти сутенеры, прикрываемые полицией, работающие в смычке с полицией, и являются принципиальными передатчиками в системе проституции. А какая цель руководит строгой организацией этой системы с ее опорами и передатчиками? Ее функцию составляет возвращение в капитал, в нормальные потоки капиталистической выгоды всех тех прибылей, которые могут быть извлечены из сексуального удовольствия, — при условии, естественно, что, во-первых, это сексуальное удовольствие маргинализировано, обесценено, запрещено и, просто потому что оно запрещено, является дорогостоящим. Во-вторых, это сексуальное удовольствие, чтобы можно было извлечь из него выгоду, должно быть не просто запрещенным, но и фактически терпимым. И наконец, в-третьих, оно должно находиться под надзором особой власти, которая как раз и обеспечивается смычкой правонарушители—полиция, в данном случае сутенером-осведомителем. Причем приведенная таким образом в нормальные капиталистические потоки выгода от сексуального удовольствия влечет за собой как второстепенное следствие ужесточение всех процедур надзора, а значит и формирование того, что можно назвать инфравластью, которая берется в итоге за самый повседневный, самый индивидуальный, самый телесный уровень человеческой жизни: речь идет о дисциплинарной системе проституции. Да-да, наряду с армией, школой, психиатрической больницей проституция в том виде, в каком она была организована в XIX веке, является дисциплинарной системой, экономико-политическое действие которой очевидно.

Во-первых, она делает сексуальное удовольствие в силу его запрещения и одновременно терпимости прибыльным — источником выгоды. Во-вторых, она возвращает прибыли от сексуального удовольствия в общие потоки капитала. И в-третьих, опираясь на проституцию, она порождает как дополнительные следствия синаптические передатчики государственной власти, которая в конечном итоге получает доступ к повседневному удовольствию людей.

Впрочем, проституция — это лишь один из примеров общей механики, с которой мы сталкиваемся в рамках дисциплинарных систем, созданных в XVIII веке ради некоторой всеобъемлющей цели и оттачивавшихся в следующем столетии в перспективе дисциплины, запрос на которую возник с формированием нового производственного аппарата. К системам этим будут постепенно добавляться дисциплины более изощренные, или, если угодно, старые дисциплины, совершенствуясь, освоят новые возможности образования выгоды и усиления власти.

*

Теперь же вернемся к оздоровительным домам Бриера де Буамона, Бланша и т. д. Что в них, собственно, важно? Суть их состояла в извлечении выгоды, максимальной выгоды из этой маргинализации, каковую представляла собой психиатрическая дисциплина. Но если очевидно, что психиатрическая дисциплина в своей общей форме имела первостепенной задачей вывод из обращения ряда индивидов, непригодных к использованию в рамках производственного аппарата, то на другом уровне, в меньшем масштабе и на совершенно иной социальной территории эти индивиды, наоборот, могли оказаться новым источником выгоды.*

В самом деле, как только часть индивидов, принадлежащих к зажиточным слоям общества, оказываются тоже, от имени того же знания, которое других помещает в лечебницу, маргинализированы, открывается возможность извлечь некоторые выгоды и из них. Иными словами, у семей, которые обладают необходимыми средствами, можно теперь попросить «плату за исцеление». И как следствие, получает первый толчок процесс, который будет заключаться в следующем: у семьи человека, объявленного больным, запрашивается плата — при определенных условиях.

Разумеется, нужно, чтобы больной не мог вылечиться у себя дома. Поэтому к нему, к источнику дохода, следует по-прежнему применять принцип изоляции: «Ты не исцелишься, находясь в семье. Но если с твоей семьи берут плату за твое содержание в другом месте, ей, естественно, должны гарантировать, что ты будешь пребывать там в условиях, подобных домашним». То есть семья должна получить некий пропорциональный взимаемой с нее плате продукт; с нее берут плату в пользу медицинского корпуса, компенсацию расходов на транспортировку больного, его содержание и т. д., но семья должна найти в этом свою выгоду. И этой выгодой становится перенесение в лечебницу свойственной семье системы власти. Психиатры говорят

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Именно выгода отклонения послужила вектором перенесения семейной модели в психиатрическую практику».

семье: «Мы вернем тебе человека, прекрасно приспособленного, пригнанного к твоей системе власти», — и соответственно начинают производить рефамилизованных индивидов, поскольку именно семья, указав безумца, предоставила возможность выгоды тем, кто зарабатывает на маргинализации. Этим-то и была продиктована необходимость создания оздоровительных домов, весьма строго следующих семейной модели.

Так, в клинике Бриера де Буамона в парижском предместье Сент-Антуан мы находим организацию, отнюдь не новую (впервые ее использовал еще во времена Реставрации Бланш[39]), которая всецело скопирована с семьи: в ней есть отец и мать. Отец семейства — это сам Бриер де Буамон, а мать — его жена. Все больные живут в одном доме, все друг другу братья, вместе питаются и, как предполагается, испытывают друг к другу семейные чувства. Реактивация семейной привязанности, внедрение внутри клиники всех семейных функций становятся, таким образом, действующим элементом излечения.

Превосходные свидетельства об этом предоставляют цитируемые Бриером де Буамоном письма, которыми его больные обменивались уже по выздоровлении с ним самим или с его женой. Так, один бывший пациент писал госпоже Бриер де Буамон: «Находясь вдали от вас, я часто возвращаюсь к глубоко засевшим в моем сердце воспоминаниям, чтобы снова насладиться тем исполненным благожелательности покоем, которым вы окружали тех, кому доводилось быть принятым в ваш уютный дом. Я вновь и вновь мысленно переношусь в обстановку вашей семьи, такой сплоченной и такой чуткой к каждому своему члену, руководимой сколь осмотрительной, столь и благосклонной женщиной. И если, как я надеюсь, мне случится вернуться к своим близким, то первыми, кому я нанесу визит, будете вы, ибо таков долг моего сердца» (20 мая 1847).[40]

Это письмо кажется мне примечательным. Как вы видите, критерием исцеления, самой его формой выступает активация традиционных семейных чувств — прежде всего уважения к отцу и матери; возникает или, как минимум, намечается тема оправданной и вместе с тем почти инцестуозной любви, поскольку больной предполагается сыном Бриера де Буамона и, стало быть, братом его старшей дочери, к которой он и испытывает привязанность. Затем — следствие этой активации

семейных чувств: что больной сделает в первую очередь по возвращении в Париж? Он отправится к своей семье, к своей настоящей семье, — то есть именно эта семья получит пользу от медицинского вмешательства, — и только после этого навестит семью Бриера де Буамона, эту квазисемью, играющую, таким образом, над- или подсемейную роль. Надсемейную, так как это идеальная семья, семья в чистом виде, такая, какою желательно быть каждой семье; будучи настоящей семьей, она как раз и выполняет возложенную на нее ортопедическую функцию. И подсемейную, поскольку она призвана оставаться в тени семьи подлинной, активировать силой своих внутренних механизмов семейные чувства исключительно ради блага подлинной семьи; поэтому она — не более чем схематическая опора, которая постоянно и исподволь способствует работе настоящей семьи. Надсемья и подсемья — вот что выстраивается в этих оздоровительных домах, имеющих, как вы видите, совершенно иную, нежели лечебница, социально-экономическую локализацию.

Но если буржуазный платный оздоровительный дом оказывается фамилизован и функционирует по семейной модели, — то семье больного, которая остается за его пределами, выпадает иная роль. Мало сказать семье: вы вносите плату, а мы возвращаем вашего безумца способным жить вместе с вами; семья должна выполнить свою миссию, а именно определить безумцев в своей среде. Иначе говоря, семья сама играет в определенном смысле дисциплинарную роль; она говорит: вот кто среди нас безумен, ненормален, требует медицинского вмешательства. Таким образом, с одной стороны, в оздоровительных домах идет фамилизация терапевтической среды, а с другой — дисциплинаризация семьи, оказывающейся с этих пор инстанцией аномализации индивидов.

В семье эпохи господства вопрос о ненормальном индивиде не поднимался, для нее важным было другое — иерархический порядок родства, наследования, отношения почитания, послушания, превосходства одних над другими; она занималась именем и всеми подфункциями имени. Напротив, в дисциплинированной семье эта характерная для господства функция имени постепенно уступает место психологической функции определения ненормального индивида, аномализации индивидов.

Сказанное мною об оздоровительных домах относится и к школам, в известной степени к охране здоровья в целом, к воинской службе и т. д. Я стремился показать вам, что, хотя семья в XIX веке и сохраняет верность модели господства, возможен вопрос, не происходит ли в это же время своего рода внутренняя ее дисциплинаризация, то есть перенос внутрь семейных отношений господства дисциплинарных форм и схем, тех техник власти, которые несли с собой дисциплины.

Подобно тому как в дисциплинарные системы проникает семейная модель, внутри семьи тоже приживаются дисциплинарные техники. И семья, сохраняя свойственную власти-господству гетерогенность, принимается функционировать как школа в миниатюре: возникает любопытная категория «родители учеников», вводится практика домашних заданий, семья начинает следить за соблюдением школьной дисциплины; семья становится малым оздоровительным домом, контролирующим нормальность/ненормальность тела и души, микроказармой, а также, возможно, — и мы к этому еще вернемся, — местом круговращения сексуальности.

Можно сказать, что под действием дисциплинарных систем семейное господство берет на себя следующую обязанность: «Нам нужно разыскать, — говорят дисциплинарные системы, — безумцев, недоразвитых, слабоумных и порочных, и, чтобы нам помочь, вы тоже должны выслеживать их у себя, в пределах семейного господства, применяя контроль дисциплинарного типа. Как только с помощью дисциплинированного таким образом господства вы обнаружите своих безумцев, ненормальных, недоразвитых и слабоумных, мы пропустим их сквозь фильтр нормализующих механизмов и вернем их вам, семьям, здоровыми, к вашему функциональному благу. Мы сделаем их пригодными к тому, в чем вы нуждаетесь, взяв, разумеется, причитающуюся за это плату».

Таким образом, дисциплинарная власть прокрадывается в пределы семейного господства, возлагает на семью роль инстанции определения нормальности/ненормальности, правильности/отклонения и берет ненормальных и отклонившихся под свою опеку, взимая за это плату, которая входит тем самым в общую систему прибылей и которую можно назвать, если угодно, экономической выгодой отклонения. Взамен же семья, как

предполагается, получает спустя некоторое время дисциплинированного индивида, способного следовать присущей семье схеме господства — быть хорошим сыном, хорошим мужем и т. д. Именно это и предлагают семье все дисциплинарные учреждения — школы, больницы, воспитательные дома и т. д.; иными словами, они преподносятся как машины, благодаря которым дисциплинарные диспозитивы формируют людей, способных жить в рамках свойственной семейной власти-господству морфологии.

Примечания

[1] «Буйнопомешанные должны содержаться под надзором, но они могут быть помещены в специальное учреждение только по распоряжению, затребованному их семьей [...] Исключительно судам дается [Гражданским кодексом — *Ж. Л.*] право констатировать их состояние» (циркуляр Порталиса от 30 фрюктидора XII г. [17 сентября 1804 г.]. Цит. в соч.: *Bollotte G.* Les malades mentaux de 1789 à 1838 dans l'œuvre de P. Sérieux // L'Information psychiatrique. 1968. Vol. 44. № 10. P. 916). Гражданский кодекс 1804 г. воспроизводит эту норму в статье 489 (акт XI, глава 2): «Совершеннолетний, пребывающий в состоянии устойчивого слабоумия, деменции или буйного помешательства, подлежит изоляции, в том числе и в том случае, если это его состояние прерывается промежутками здравомыслия». Ср.: [a] Interdit // Dictionnaire de droit et de pratique / Éd. Par C. J. De Ferriere. T. II. Paris: Brunet, 1769. P. 48—50; [b] *Legrand du Saulle H.* Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire. Paris: Delahaye et Lecrosnier, 1881; [c] *Sérieux P. & Libert L.* Le Régime des aliénés en France au XVIII siècle. Paris: Masson, 1914; [d] *Sérieux P. & Trénel M.* L'internement des aliénés par voie judiciaire (sentence d'interdiction) sous l'Ancien Régime // Revue historique de droit français et étranger. Juillet-septembre 1931. 4 série. 10 année. P. 450—486; [e] *Pirenne R.* De l'interdiction des fous. Paris, 1929; [f] *Laingui A.* La Responsabilité pénale dans l'ancien droit (XVI—XVIII siècles). Vol. II. Paris: Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1970. P. 173—204. К этой теме М. Фуко обращается также в «Истории безумия» (см.: *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 141—143) и в лекционном курсе «Ненормальные», прочитанном в Коллеж де Франс в 1974/75 учебном году (лекция от 12 февраля 1975 г., см.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб.: Наука, 2004. С. 173—179).

[2] Закон от 16—24 августа 1790 г. трактует принудительную госпитализацию как полицейскую меру, доверяя «бдительности и авторитету муниципальных властей [...] задачу всячески предотвращать неприятные инциденты, могущие стать следствием пребывания душевнобольных или буйнопомешанных на свободе» (акт XI, статья 3), см.: Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Recueil des lois, décrets et circulaires (1790—1879). T. I. Paris: Ministère de l'Intérieur et de Cultes, 1880. P. 3. См. также: *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 443.

[3] *Fodéré F. E.* Traité du délire. T. II. P. 252.

[4] *Berthier P.* Médecine mentale. T. I. Об изоляции. Paris: Baillière, 1857. P. 10.

[5] Речь идет о принципе, который сформулировал Эскироль в своем «Сообщении об изоляции душевнобольных», прочтенном в Институте 1 октября 1852 г.: «Изоляция душевнобольных (лишение свободы, одиночное заключение) заключается в их отлучении от всех обычных привычек, в их отделении от семьи, друзей и слуг; их окружают посторонними людьми, меняют весь их образ жизни» (см.: *Esquirol J.-E.-D.* Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. T. II. P. 745). Ср.: [a] *Falret J.-P.* Du traitement général des aliénés (лекция, прочитанная в лечебнице Сальпетриер, 1854) // Des maladies mentales et des asiles des aliénés. Paris: Baillière, 1864. P. 677—699, 685 sq.; [b] *Guislain J.* Traité sur les phrénopathies. P. 409; [c] *Dupuy J.-M.* Quelques considérations sur la folie. Visite au Castel d'Andorte, établissement destiné aux aliénés de la classe riche. Périgueux, impr. Dupont, 1848. P. 7—8.

[6] Франсуа Лере рекомендует «при любой возможности предписывать больному не говорить о сюжете его бреда и заниматься чем-либо другим» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 120). См. также его «Сообщение о душевном отвлечении в лечении безумия» (*Leuret F.* Mémoire sur la révulsion moral dans le traitement de la folie // Mémoires de l'Académie royale de médecine. 1841. P. 658). Но куда отчетливее формулирует этот же самый принцип Ж.-П. Фальре в неопубликованной рукописи, в сжатом виде излагая концепцию Эскироля: «Изоляция, несомненно, имеет первостепенное значение... Но, хотя больной отгорожен от внешних влияний, следует ли просто предоставить его самому себе, не пытаясь помешать навязчивости его болезненных наклонностей? Конечно, нет. Напротив, нужно, не довольствуясь устранением причин, которые могут питать бред, бороться с ним непосредственно, а для этого нет более действенного средства, чем привлечение внимания к предметам, как нельзя более способным захватить больных, отвлечь их от навязчивых идей других и от их собственных привычек: пусть их взору постоянно предстают предметы, чуждые их бреду,

пусть их внимание всегда будет направлено на всевозможные занятия, чтобы они просто не могли даже подумать о своей болезни» (цит. в кн.: *Daumezon G. & Koechlin P.* La psychothérapie institutionnelle française contemporaine // Anais Portugueses de Psiquiatria. 1852. T. IV. N 4. P. 274). См. также: *Falret J.-P.* Du traitement général des aliénés (1854) // Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. P. 687.

[7] «Часто духовная причина умопомешательства бывает заключена в семье, его источником становятся семейные неурядицы, раздоры, неудачи и т. д. [...], первое повреждение умственных и душевных способностей больного происходит у него дома, там, где он окружен знакомыми, родителями, друзьями» (см.: *Esquirol J.-E.-D.* Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Th. Méd. Paris. N 574. Paris: Didot Jeune, 1805. P. 43). Ср.: [a] *Fournet J.* Le traitement moral de l'aliénation soit mentale, soit morale, a son principe et son modèle dans la famille (доклад, прочитанный в Медицинском конкурентном обществе 4 марта 1854 г.): «Многие душевнобольные находят в том, что мы называем семьей, не только условия, возбуждающие, обостряющие и ускоряющие подобного рода заболевания, но тем самым и условия их возникновения» (Annales médico-psychologiques. Octobre 1854. 2 série. T. VI. P. 523—524); [b] *Brierre de Boismont A.* De l'utilité de la vie de famille dans le traitement de l'aliénation mentale, et plus spécialement de ses formes tristes (доклад, прочитанный в Академии наук 21 августа 1865 г.) // Annales médico-psychologiques. Janvier 1866. 4 série. T. VII. P. 40—68; Paris: Martinet, 1866.

[8] «Душевнобольной становится боязливым, подозрительным, боится всего, что к нему приближается, и эти подозрения распространяются даже на тех, кто прежде был ему особенно дорог. Уверенность в том, что все стремятся причинить ему боль, опозорить [...], извести его, довершает его душевное расстройство. Отсюда эта симптоматическая подозрительность, зачастую усиливающаяся без всяких оснований» (*Esquirol J.-E.-D.* De la folie (1816) // Des maladies mentales... T. I. P. 120).

[9] Пьер Бертье (1830—1877) в 1849 г. поступил в качестве интерна на службу к своему дяде, Анри Жирару де Кайё (1814—1884), главному врачу и директору лечебницы для душевнобольных в Оксерре. Защитив в 1857 г. в Монпелье диссертацию «О природе душевной болезни, согласно ее причинам и лечению», П. Бертье вернулся в Оксерр на два года, после чего был назначен главным врачом в г. Буре (департамент Эн), а в 1865 г. стал штатным врачом в лечебнице Бисетр.

[10] *Berthier P.* Médecine mentale. T. I. Наблюдение C. P. 25.

[11] *Ibid.* Наблюдение D. P. 25.

[12] *Ibid.* Наблюдение B: «М. Г., пораженный острой меланхолией [...] находился в крайне тяжелом состоянии... После нескольких месяцев

лечения, не без значительных усилий, у него наступило улучшение... Вопреки строгому запрету главного врача, больной сумел увидеть в окно своего сына; он разбил стекло и через проделанное таким образом отверстие выбрался на улицу, чтобы встретиться с ним. После этого [...] галлюцинации возобновились с новой силой, больной потерял сон, его бред усугубился и общее состояние стало ухудшаться день ото дня» (p. 24—25).

[13] В «Истории безумия» М. Фуко описывает этот принцип как «Зеркальное узнавание» (*Foucault M.* Histoire de la folie... P. 517—519).

[14] «В одноэтажном здании он может в любой момент бесшумно наблюдать за больными и служителями» (*Esquirol J.-E.-D.* Des établissements consacrés aux aliénés en France... P. 36; воспроизводится в кн.: *Esquirol J.-E.-D.* Des maladies mentales... T. II. P. 426).

[15] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie. Раздел II, § XXII: «Искусство руководить душевнобольными, притворяясь, что вы соглашаетесь с их фантазиями». Пинель говорит следующее: «Трое душевнобольных, которые считали себя государями и каждый из которых претендовал на имя Людовика XVI, однажды спорили о своих правах на королевство, настаивая на своем с излишним рвением. Надзиратель подошел к одному из них, отвел его чуть в сторону и с серьезным видом спросил: „Зачем вы спорите с этими людьми, они же явно сумасшедшие? Разве не ясно, что только вы должны считаться Людовиком XVI?“ Обрадованный этим уверением, больной удалился, глядя на двух других с пренебрежительным высокомерием. Такая же хитрость удалась и со вторым больным, и наконец от их распри не осталось и следа» (p. 93—94). М. Фуко цитирует и несколько иначе комментирует этот текст в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie... P. 517—518).

[16] Так, Эскироль, говоря о «сильнейшем сопротивлении помещению душевнобольных в дом, специально предусмотренный для их лечения», аргументирует обратное мнение тем, что «пагубные следствия, которые может иметь для больного жизнь с товарищами по несчастью» компенсируются «общежитием, ни в коей мере не мешающим исцелению, являющимся орудием лечения, ибо оно заставляет душевнобольных задуматься о своем положении.., увлечься тем, что происходит вокруг них, в некотором смысле забыть о самих себе, а это и есть путь к здоровью» (*Esquirol J.-E.-D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales... T. I. P. 124). Ж.-П. Фальре также утверждает, что лечебница позволяет «навести [больного] на раздумья о себе, исходя из контраста между тамошним его окружением и прежним» (*Falret J.-P.* Du traitement général des aliénés [1854] // Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. P. 687).

[17] В «Истории безумия» М. Фуко говорит о «почти арифметической очевидности наказания» (*Foucault M.* Histoire de la folie... P. 521).

[18] Принцип «no restraint» ведет свое начало от реформ, предпринятых англичанами У. Тьюком, Дж. Хасламом, Э. Чарлзуортом и ирландцем Дж. Конолли. Уильям Тьюк, после кончины в лечебнице Йорка пациентки из общины квакеров, основал 11 мая 1796 г. учреждение для приема душевнобольных под эгидой «Общества друзей», названное им «Уединение». Его внук Сэмюэл Тьюк (1784—1857) опубликовал труд «Описание „Уединения", учреждения для душевнобольных близ Йорка, основанного „Обществом друзей"» (*Tuke S.* Description of the Retreat, an Institution near York for Insane Persons of the Society of Friends. York: W. Alexander, 1813). Ср.: [a] *Semelaigne R.* Aliénistes et Philanthropes: les Pinel et les Tuke. Paris: Steinheil, 1912; [b] *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 484—487, 492—496, 501—511; [c] Джон Хаслам, аптекарь лондонской больницы «Вифлеем», посвятил этому направлению книгу: *Haslam J.* Considerations on the Moral Management of Insane Persons (см. выше, с. 141 и 142, примеч. 5 и 12); [d] Эдвард Чарлзуорт (1783—1853), врач-консультант в лечебнице Линкольна, в 1820-х годах выступил с критикой общепринятых в то время принудительных методов лечения в книге: *Charlesworth E.* Remarks on the Treatment of the Insane and the Management of Lunatics Asylums. Londres, Rivington, 1825; [e] Джон Конолли (1794—1866), пропагандист метода «no restraint», применял его в лечебнице Миддлсекс в Хэнвелле, близ Лондона, с момента своего поступления туда 1 июня 1839 г. Свои взгляды он изложил в книгах: [1] *Conolly J.* The Construction and Governement of Lunatics Asylums and Hospitals for the Insane. Londres: J. Churchill, 1847; [2] *Conolly J.* The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint. Londres: Smith and Elder, 1856. См. также: [g] *Labatt L.* An Essay on Use and Abuse of Restraint in the Management of the Insane [...]. Londres: Hodges and Smith, 1847.

[19] Речь идет о письме матери-настоятельницы женского приюта в Лилле к матери-настоятельнице монастыря Сен-Жозеф в Клюни, покровительствовавшего лечебнице Сент-Ион (департамент Нижняя Сена), главным врачом которой с 23 мая 1856 г. являлся Бенедикт Огюстен Морель (1809—1873). Автор письма говорит в нем о том, как ей удалось справиться с буйным поведением больных: «Мы принялись работать.., мы приставили к каждой буйной женщине монахиню, способную усмирить ее» (цит. Б. О. Морелем в его книге: *Morel B. A.* Le Non-Restraint, ou De l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie. Paris: Masson, 1860. P. 77).

[20] Такое кресло устанавливалось на надувной подушке, чтобы «при малейшем движении душевнобольного оно начинало качаться в разные стороны и неприятные ощущения от этого качания принуждали пациента сидеть спокойно» (*Guislain J.* Traité sur les phrénopathies. P. 414).

[21] Железные наручники, обшитые кожей, рекомендовались Эскиролем в числе «множества орудий, более мягких, нежели цепи» (*Esquirol J.-E.-D.* Des maisons d'aliénés [1818] // Des maladies mentales... T. II. P. 533). См. также: *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés. T. II. Livre 12: «Учреждения для душевнобольных. Орудия принуждения». P. 271—272.

[22] «Смирительная муфта» представляла собой кусок ткани, которым связывали руки больного на животе.

[23] Смирительная рубашка, изобретенная в 1790 г. Гийере, служившим в Бисетре мебельщиком, шилась из грубой материи, с застежками на спине и длинными рукавами, которые скрещивались на животе и перевязывались на спине, тем самым фиксируя руки больного. См.: [a] *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale... T. II. P. 269—271; [b] *Bouhier E.* De la camisole ou gilet de force. Paris: Pillet, 1871; [c] *Voisin A.* De l'utilité de la camisole de force et des moyens de contention dans le traitement de la folie (доклад, прочитанный в Медико-психологическом обществе 26 июля 1860 г.) // Annales médico-psychologiques. Novembre 1860. 3 série. T. VI. P. 427—431; [d] *Magnan V.* Camisole // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. I série. T. XI. Paris: Masson // Asselin, 1880. P. 780—784. М. Фуко анализирует значение использования смирительной рубашки в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie... P. 460).

[24] Корзина-гроб, еще одно орудие усмирения, представляла собой ящик длиной в человеческий рост с матрасом, куда и укладывали больного. В крышке этого ящика имелась выемка для головы. См.: *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale... T. II. P. 263.

[25] Связав обвиняемому ноги и руки, его подвешивали за руки на кронштейн, сбрасывали на пол, вновь поднимали и т. д. О выпытывании истины в уголовной практике см. курс лекций М. Фуко в Коллеж де Франс за 1971—1972 учебный год «Уголовные теории и институты», лекция 6. Также см.: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 43—46.

[26] О казни Дамьена см.: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 9—11, 36—72.

[27] Речь идет о докторе Госсере, сообщившем, что он обнаружил «больных мужчин и женщин, прикованных железными цепями к стене» (об этом пишет Морель: *Morel B. A.* Le Non-Restraint... P. 14). Гийом Феррюс также отмечает, что «в некоторых местах этих несчастных привязывают к стенам в положении стоя с помощью ремней» (см.: *Semelaigne R.* Les Pionniers de la psychiatric française avant et après Pinel. T. I. Paris: Baillière, 1930. P. 153—154).

[28] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 178.

[29] Ibid. P. 179.

[30] *Fournet J.* Le traitement moral... P. 524. См. также: *Parigot J.* Thérapeutique naturelle de la folie. L'air libre et la vie de famille dans la commune de Ghéél. Bruxelles, J. B. Tircher, 1852. P. 13: «Мы считаем, что больной человек нуждается в этом человеческом участии, которое, прежде всего, и дает ему семейное общежитие».

[31] *Fournet J.* Le traitement moral... P. 526—527. Жозеф Дакен (1732—1815) родился в Шамбери, служил в местной лечебнице, где с 1788 г. руководил отделением неизлечимых больных. Хорошо зная, в каких условиях содержались душевнобольные, он изложил свои взгляды на них в книге: *Daquin J.* La Philosophie de la folie, ou Essai philosophique sur le traitement des personnes attaquées de la folie. Chambéry, Gorin, 1791. В 1804 г. вышло исправленное и дополненное издание этого труда с посвящением Филиппу Пинелю: *Daquin J.* La Philosophie de la folie, où l'on prouve que cette maladie doit plutôt être traitée par les secours moraux que les secours physiques. Chambéry: Cléaz, an XII. Ср. также: *Nyffeler J. R.* Joseph Daquin und seine «Philosophie de la folie». Zurich: Juris, 1961.

[32] *Fournet J.* Le traitement moral... P. 527.

[33] Чарлз Роберт Дарвин (1809—1882): *Darwin C. R.* On the Origins of the Species by means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. Londres: J. Murray, 1859 (Trad. fr.: *Darwin C. R.* De l'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle, ou la Lutte pour l'existence dans la nature / Trad. E. Barbier. Paris: Reinwald, 1876).

[34] Жюль Фурне (1811—1885), руководивший клиникой в Отель-Дьё, является автором следующих трудов: *Fournet J.* [1] Doctrine organo-psychique de la folie. Paris: Masson, 1867; [2] De l'hérédité physique ou morale (доклад, прочитанный на Медико-психологическом конгрессе в 1878 г.). Paris: Imprimerie nationale, 1880.

[35] Жан Пьер Казимир Пинель (1800—1866), племянник Филиппа Пинеля, открыл в 1829 г. в Париже, в доме 76 по улице Шайо, специализированный оздоровительный дом для душевнобольных, впоследствии, в 1844 г., перенесенный в старинную усадьбу Сен-Жам в Нейи. См.: *Pinel J. P. C.* Du traitement de l'aliénation mentale en général, et principalement par les bains tièdes prolongés et les arrosements continus d'eau froide sur la tête. Paris: Baillière, 1853.

[36] Александр Бриер де Буамон (1789—1881) в 1825 г. занял пост врача в оздоровительном доме Сент-Коломб на улице Пикпюс в Париже, а в 1838 г. возглавил другую парижскую лечебницу в доме 21 по улице Нёв-Сент-Женевьев, перенесенную в 1859 г. в Сен-Манде, где Бриер де Буамон и скончался 25 декабря 1881 г. См.: *Brierre de Boismont A.* [1] Maison de Santé de Docteur Brierre de Boismont, rue Neuve Sainte-Geneviive. N 21, près du Panthéon / Prospectus; [2] Observations médico-légales sur la monomanie homicide. Paris: M^me^ Auger Méquignon, 1826 (также опубликовано в изд.: Revue médicale. Octobre-novembre 1826); [3] Des hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes. Paris: Baillière, 1845.

[37] Эспри Сильвестр Бланш (1796—1852) в 1821 г. возглавил оздоровительный дом, основанный в 1806 г. на Монмартре П. А. Простом, а затем переехавший в старинный особняк принцессы де Ламбаль в Пасси. Имя Э. С. Бланша стало известным в связи с его критикой методов морального лечения Франсуа Лере. См.: [a] *Le Breton A.* La Maison de santé du docteur Blanche, ses médecins, ses malades. Paris: Vigné, 1937; [b] *Vallery-Radot R.* La maison de santé du docteur Blanche // La Presse médicale. 13 mars 1943. N 10. P. 131—132.

[38] Курс под названием «Карательное общество», о котором идет речь, был прочитан М. Фуко в Коллеж де Франс в 1972—1973 учебном году. Организации преступного мира была посвящена в нем лекция от 21 февраля 1973 г. См. также: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 254—260, 261—299.

[39] В своем оздоровительном доме в предместье Сент-Антуан, который уступил ему в 1847 г. доктор Прессá.

[40] *Brierre de Boismont A.* De l'utilité de la vie de famille... P. 8—9.

Лекция от 12 декабря 1973 г.

Утверждение ребенка в качестве мишени психиатрического вмешательства. — Больнично-семейная утопия: лечебница в Клермон-ан-Уаз. — От психиатра как «двойственного наставника» реальности и истины (в протопсихиатрических практиках) к психиатру как «агенту интенсификации» реального. — Психиатрическая власть и дискурс истины. — Проблема симуляции и появление истеричек. — Вопрос о зарождении психоанализа.

Сегодня мне хотелось бы ненадолго вернуться к предшествующей лекции, так как на прошлой неделе я вспомнил о поразительном институте, о существовании которого знал и раньше, но не догадывался, насколько удачным примером он может мне послужить. Мне кажется, что этот институт очень убедительно свидетельствует о смычке больничной дисциплины и семейной модели, и сейчас я расскажу вам о нем.

Я попытался показать, что, вопреки несколько упрощенной гипотезе о том, что лечебница сформировалась как продолжение семейной модели, — гипотезу эту разделял и я сам, — больница XIX века функционировала по модели микровласти, родственной власти дисциплинарной, совершенно чужеродной семье. И что внедрение, подключение семейной модели к дисциплинарной системе произошло сравнительно поздно — его можно датировать, полагаю, 1860—1880 годами, — после чего семья и стала не просто моделью функционирования психиатрической дисциплины, но, главное, горизонтом и объектом психиатрической практики.

Далеко не сразу пришла пора, когда психиатрическая деятельность занялась именно семьей. И теперь я попробую показать, что этот феномен возник в точке скрещения двух процессов, шедших с опорой друг на друга, — формирования того, что можно назвать выгодами аномалий, отклонений, и внутренней дисциплинаризации семьи. Об этих процессах имеется ряд свидетельств.

Прежде всего, конечно, я имею в виду неуклонное распространение в XIX веке платных учреждений, первостепенной целью которых было удорожание аномалии и ее исправления, — оздоровительных домов для детей, для взрослых и т. д. Но также и внедрение психиатрических техник в семью, в саму семейную педагогику. Если посмотреть на то, как это происходило — по крайней мере в семьях, которые могли обеспечить прибыльность аномалии, то есть в семьях буржуазных, — то видно, как постепенно, по мере эволюции домашней педагогики, семейный надзор, семейное господство, если угодно, приобрели дисциплинарный характер. Семейный глаз стал психиатрическим, или во всяком случае психопатологическим, психологическим взглядом. Надзор за ребенком стал надзором, заключающим о нормальности или ненормальности; родители принялись наблюдать за поведением ребенка, за его характером и сексуальностью. Мне кажется, что здесь-то и следует искать начало психологизации ребенка внутри семьи.

Понятия и даже механизмы психиатрического контроля, судя по всему, были постепенно перенесены в семью. И те приемы физического принуждения, которые мы находим в больницах с 1820—1830-х годов, — связывание рук, фиксация головы, обязанность стоять прямо — будучи введены в рамках больничной дисциплины как инструменты последней, постепенно смещаются и находят себе место в семье. Контроль осанки и жестов, манеры поведения и сексуальности, средства против мастурбации и т. д. — все это проникает в семью в процессе развернувшейся в XIX веке дисциплинаризации, в результате которой сексуальность ребенка становится объектом знания непосредственно внутри семьи. И одновременно ребенок оказывается центральной, вдвойне центральной мишенью психиатрического вмешательства.

Во-первых, в прямом смысле, поскольку связанная с психиатрией платная институция прямо обращается к семье, чтобы та предоставила ей необходимое для получения выгоды сырье. В общем и целом психиатрия говорит: предоставьте малолетних

безумцев моим заботам; или же: безумие может обнаружиться в сколь угодно раннем возрасте; или же: безумие не дожидается совершеннолетия, взросления и т. п. Все эти послания передаются институциями надзора, обнаружения, ограждения и детской терапии, насаждаемыми в конце XIX века.

А во-вторых, детство становится центром, мишенью психиатрического вмешательства косвенно, поскольку взрослого безумца расспрашивают именно о его детских годах: предайтесь воспоминаниям детства, в их содержании найдется повод для вашей психиатризации. Вот к чему приблизительно я постарался подвести вас в прошлый раз.

И все это привело меня к упомянутому учреждению, которое превосходно выявляет в 1860-е годы смычку больницы и семьи, не первую их смычку, но наверняка самую совершенную, самую отлаженную, почти утопическую. Во всяком случае во Франции я не нашел других примеров, которые в такой чистоте и так рано воплощали бы утопию семьи-лечебницы, являющуюся точкой сцепления семейного господства и больничной дисциплины. Речь идет о лечебнице в Клермон-ан-Уаз, работавшей в паре с оздоровительным домом Фиц-Джеймс.

В конце XVIII века в окрестностях Бове существовал дом призрения в классическом смысле этого слова, содержавшийся монахами-францисканцами, куда направляли по запросу семей или распоряжению властей больных, общим числом двадцать, и оплачивали их содержание. В 1790 году дом был распущен, его беспечных насельников освободили, и эти растратчики, злодеи, безумцы и т. д., естественно, вновь стали горем их семей. В итоге их отправили в Клермон-ан-Уаз, во вновь созданный кем-то приют. А в это время, подобно тому как в оставленных эмигрантами помещениях аристократических особняков один за другим открывались парижские рестораны, на месте распущенных домов призрения возникали колонии. Так возник и приют в Клермон-ан-Уаз, где в период революции, Империи, вплоть до начала Реставрации содержались те же два десятка убогих. Затем, в ходе широкой институциализации психиатрической практики, значение приюта увеличивается, и префекторальная администрация департамента Уазы заключает с его основателем соглашение, которое предусматривает содержание в нем местных неимущих душевнобольных за счет муниципальных субсидий. Договор

распространяется также и на департаменты Сены и Уазы, Сены и Марны, Соны, Эны; безумцы всех этих пяти регионов направляются с этого момента в клермонский оздоровительный дом, и он приобретает статус межрегиональной лечебницы, в которой к 1850 году содержится уже более тысячи больных.[1]

Тогда-то лечебница и обзаводится дополнением, а точнее, открывает своеобразный псевдофилиал под названием «колония».[2] В «колонию» входят больные, способные к [труду],* и на тех основаниях, что, с одной стороны, они могут приносить пользу, а с другой — труд будет способствовать их выздоровлению, больных этих привлекают к тяжелой сельскохозяйственной работе.

Вслед за фермой открывается еще один псевдофилиал, предназначенный для богатых больных, поступающих не из лечебницы, а напрямую из своих семей, которые в свою очередь весьма недешево платят за их содержание — содержание совершенно иного, на сей раз семейного, типа.[3]

Так выстраивается трехъярусный институт: лечебница Клермон-ан-Уаз с ее тысячей больных, ферма со 100—150 рабочими и, наконец, пансион для платных больных с раздельным содержанием (мужчины живут в здании управления, вместе с директором всего комплекса,[4] а женщины занимают отдельный корпус, носящий характерное название «маленький замок»), следующим, в основном, образцу семьи.[5] Эта структура вводится между 1850 и 1860 годами, а в 1861 году директор лечебницы публикует отчет о проделанной работе, являющийся одновременно рекламным проспектом и поэтому выдержанный в панегирическом и слегка утопическом тоне, однако дающий четкое представление о тонко продуманном, очень изощренном функционировании комплекса.

В подобном учреждении — лечебница, ферма и замок Фиц-Джеймс — мы можем выделить несколько ярусов. Во-первых, в нем легко прочитывается экономическая цепочка: из муниципальных субсидий, запрашиваемых общим советом лечебницы для неимущих больных в соответствии с их числом, вычитается сумма, которую экономят пациенты, числом необходимые и достаточные для работы фермы; на прибыль от фермы строится и

* В магнитной записи лекции: способные работать.

в дальнейшем содержится замок, а платные пансионеры, которые занимают его помещения, приносят деньги, составляющие общую прибыль комплекса, то есть его руководителей. Вот вам и система: субсидия—труд—эксплуатация—прибыль.

Во-вторых, нам открывается некий совершенный социальный микрокосм, своего рода микроутопия жизнедеятельности общества в целом. Лечебница — это резервная армия пролетариата, занятого на ферме, это все те, кто при необходимости мог бы работать; если они не могут работать сейчас, то просто дожидаются момента, когда это потребуется, а если кто-то из них вовсе не способен к труду, что ж, его доля — растительное существование. Затем есть место продуктивного труда — ферма и, наконец, корпус, где живут те, кто пользуется трудом и выгодой. Каждому из этих ярусов соответствует отдельное здание: больница, ферма, граничащая по своему архитектурному принципу с моделями рабства и колонизации, и замок с корпусом дирекции.

Налицо также власти двух типов, причем первая из них удвоена. Есть традиционная дисциплинарная власть лечебницы, в известном смысле негативная, ибо она подчиняет мирных людей, не добиваясь от них положительного результата. Есть иная власть, тоже дисциплинарная, но с некоторой поправкой, — это, по сути, власть колонизаторская: людей заставляют работать; больных подразделяют на звенья, бригады и т. д., курируемые и контролируемые рядом служителей, которые и отводят их регулярно на работу. И наконец, есть власть семейного типа, осуществляемая в отношении пансионеров замка.

Трехъярусной системе соответствуют и три типа психиатрического вмешательства, или манипуляции. Первый представляет собой, если угодно, нулевую степень психиатрической деятельности, то есть просто-напросто содержание больных в лечебнице. Психиатрическая практика второго типа — это привлечение людей к работе на том основании, что это поможет выздоровлению; трудотерапия. И третий тип — это индивидуальная, индивидуализирующая психиатрия семейного типа, обращенная к пансионерам.

Центральным в этой системе, самым, несомненно, важным и характерным ее элементом является способ сочленения психиатрических знания и лечения с привлечением трудоспособных

больных к работе. В самом деле, показательно, что категории, которыми пользуются вслед за Эскиролем психиатры этого времени и которые, как я попытаюсь вам показать, относятся вовсе не к терапевтике как таковой, характеризуют очевидным образом отнюдь не излечимость больных или подходящее для них лечение; нозологическая классификация не связана с какими-либо терапевтическими предписаниями, наоборот, она описывает исключительно возможное использование индивидов на тех или иных работах.

Так, директора лечебницы Клермон-ан-Уаз и фермы Фиц-Джеймс замечают, что маньяки, мономаны и буйные душевнобольные более пригодны для полевого и технического труда, для ухода за скотом и работы с сельскохозяйственными орудиями.[6] А «слабоумным и идиотам подходит следить за чистотой дворов, рабочих помещений и служебного транспорта».[7] Использование больных-женщин в соответствии с их симптоматикой регулируется еще точнее. «Занятые на мойке посуды и в прачечной в основном поражены тяжелым бредом и потому не могут приспособиться к размеренному труду в мастерской».[8] Иначе говоря, в посудомоечной или в прачечной можно шумно бредить, громко говорить, кричать. «Развеской белья занимаются меланхолички, у которых такого рода работа может пробудить витальную активность, очень часто им недостающую. Слабоумные женщины и идиотки переносят белье из прачечной в сушильню. Наконец, в мастерских по сортировке и укладке белья работают спокойные больные — мономанки, навязчивые идеи и галлюцинации которых не препятствуют концентрации внимания».[9]

Я цитирую эти правила, поскольку они, как мне кажется, выразили в 1860-е годы в первоначальной и вместе с тем наиболее завершенной форме смычку семьи и дисциплины, а одновременно и утверждение в качестве дисциплины психиатрического знания.

*

Этот пример подводит нас к проблеме, на которой я и хотел бы сейчас остановиться: каким образом и в какой мере этому еще не фамилизованному дисциплинарному пространству, ко-

торое складывается в 1820—1830-е годы и становится фундаментом больничного института, придается терапевтическое значение? Ведь в конце концов не следует забывать, что, хотя эта дисциплинарная система во многом изоморфна другим подобным системам — школе, казарме, мастерской и т. д., она преподносится как несущая терапевтическую функцию и обосновывается через нее. Но что в этом дисциплинарном пространстве, как предполагается, лечит? Какая медицинская практика в нем осуществляется? Вот вопрос, который мне хотелось бы сегодня затронуть.

Начну с достаточно характерного явления, о котором уже говорилось и который можно определить как классическое лечение — классическое, поскольку оно практиковалось на протяжении XVII—XVIII веков и в начале XIX столетия. Ряд его примеров я уже приводил — среди них случай больного, который думал, что его преследуют революционеры, полные решимости отдать его под суд и затем казнить. Пинель вылечил его, устроив псевдопроцесс с псевдосудьями, которыми он был оправдан и благодаря этому выздоровел.[10]

В начале XIX века врач по имени Мейсон Кокс дает другой пример исцеления. Речь идет о сорокалетнем мужчине, «потерявшем здоровье из-за чрезмерного увлечения покупками».[11] Эта потребительская страсть привела его к мысли о том, что он «поражен множеством различных болезней».[12] И главной в числе таковых, той, от которой, как ему казалось, исходит наибольшая угроза, была, в терминологии эпохи, «осложненная чесотка» — неутолимый зуд, распространившийся на весь организм и выражавшийся в ряде симптомов. Классическая техника лечения таких случаев заключалась в обнаружении этой пресловутой чесотки и ее последующем искоренении.

В течение некоторого времени больному пытались внушить, что у него нет ни одной из тех болезней, о которых он говорит. «Ничто не могло ни разубедить, ни отвлечь его. Тогда решено было провести помпезный консилиум с участием нескольких докторов, заранее договорившихся принять доводы больного, и те, тщательно обследовав его, единодушно признали, что опасения были обоснованными и что совершенно необходимо вылечить чесотку. С этой целью больному прописали раздражающие

кожу компрессы, под действием которых на различных частях его тела стали появляться обильные высыпания; вообще-то, чтобы избавиться от них, достаточно было бы просто-напросто мыться, однако врачи притворно запрещали мытье, говоря о строгих предосторожностях, необходимых для предотвращения рецидива. Описанное лечение в течение нескольких недель оказалось очень успешным. Больной полностью выздоровел, и вместе с рассудком и добрым здравием к нему вернулись все интеллектуальные способности».[13] Его бред, в некотором смысле, был удовлетворен.

На чем основаны эти процедуры — Пинеля и Мейсона Кокса — и что они вводят в оборот? Они предполагают (это ясно, и не будем на этом останавливаться подробно), что ядром безумия является ложная уверенность, иллюзия, заблуждение. Также они предполагают — и здесь уже есть некоторый сдвиг, — что для победы над болезнью достаточно это заблуждение устранить. Таким образом, процедура лечения — это не более чем устранение заблуждения. С той оговоркой, что заблуждение безумца отличается от простой ошибки.

Причем различие между заблуждениями безумца и не-безумца заключено даже не в экстравагантности идеи — в конце концов, если вы думаете, что у вас осложненная чесотка, в этом нет ничего необычного. К тому же, как скажет несколько позднее в «Психологических фрагментах о безумии» Лере, если взять Декарта, верившего в телесные духи, и больного из Сальпетриера, убежденного, что у него в животе проходит церковный собор,[14] то сравнение по степени экстравагантности будет отнюдь не в пользу больного. Что же все-таки делает заблуждение безумца таковым? Не столько экстравагантность, побочное следствие заблуждения, сколько то, каким образом это заблуждение можно победить, рассеять. Безумец — это человек, чье заблуждение не может быть рассеяно путем доказательства. Доказательство не является для него источником истины. Поэтому следует найти другой метод борьбы с заблуждением — ибо безумие есть все-таки именно заблуждение, — метод, не связанный с доказательством.

Иными словами, вместо того чтобы нападать на ошибочное суждение и убеждать в его несоответствии действительности, — а в этом, собственно, и состоит процесс доказательства, — надо

сделать вид, что это ложное суждение верно и трансформировать реальность так, чтобы она согласовалась с безумной верой, с этим ошибочным суждением больного. И как только убеждение, бывшее ошибочным, обретает в действительности подтверждающий его коррелят, содержание рассудка и содержание реальности приходят к совпадению: заблуждения больше нет, а вместе с ним нет и безумия.

Надлежит, таким образом, не манипулировать ложным убеждением, не стремиться его исправить или привести с помощью доказательства к самоуничтожению; наоборот, надо подражать этому ложному убеждению, манипулировать реальностью, в известном смысле возвышая ее до уровня бреда. Стоит бредовому убеждению получить реальное содержание в действительности, как оно станет верным суждением, и безумие уже не будет безумием, поскольку заблуждение уже не будет заблуждением. Реальность подменяется бредом так, что последний бредом быть перестает; заблуждение бреда рассеивается в том смысле, что бред более не заблуждается. Речь идет, если хотите, о введении реальности в бред под маской бредовых образов, вследствие чего бред оказывается преисполнен реальности; за все ложные суждения бреда или за главное из них исподволь, посредством игры превращений, масок, подкладывают нечто, являющееся реальностью, — и таким образом оправдывают бред.*

Как видите, отчасти такая практика лечения вполне родственна всей классической концепции суждения и заблуждения: она, можно сказать, напрямую вытекает из постулатов о гипотезе и суждении в логике Пор-Рояля.[15] Однако между преподавателем, доказывающим, носителем истины, и психиатром имеется отличие. Если преподаватель, ученый — наставник истины и не более того — манипулирует суждением, гипотезой, мыслью, то врач манипулирует реальностью так, что заблуждение оказывается истиной. В такого рода операции врач выступает в роли посредника, некой двоякой персоны, которая [с одной стороны]

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «Эта комическая, театральная реальность, некая псевдореальность исподволь вводится в бред и придает реальности как таковой своего рода вторичное действие, поскольку, чтобы бред рассеялся, достаточно того, чтобы посредством маскарада ложное суждение стало истинным».

обращена к реальности и манипулирует ею, а с другой — обращена к истине и заблуждению, которые примиряет так, что форма реальности снисходит к заблуждению и тем самым превращает его в истину.

Врач манипулирует реальностью, надевая на нее маску; он делает реальность несколько менее реальной; во всяком случае он окутывает ее флёром ирреальности, заключает в театральные скобки, снабжает приставкой «словно бы», «псевдо-» и тем самым, ирреализуя реальность, осуществляет превращение заблуждения в истину. Будучи агентом реальности — причем в ином смысле, нежели ученый или преподаватель, — врач вместе с тем ирреализует реальность с целью воздействовать на ошибочное суждение больного.[16]

Думаю, можно сказать следующее: психиатр, каким он функционирует в пространстве больничной дисциплины, относится теперь к тому, что говорит безумец, уже не с позиции истины; он решительно, раз и навсегда переходит на сторону реальности.* Он уже не двойственный наставник реальности и истины, как еще можно было охарактеризовать Пинеля и Мейсона Кокса, он — всецело наставник реальности. Психиатр более не провозит реальность в бред обманным путем, он уже не контрабандист реального, какими еще были Пинель и Мейсон Кокс. Психиатр — это тот, кто призван придать реальному принудительную силу, с помощью которой оно сможет овладеть безумием, пронизать его насквозь и уничтожить как таковое. Психиатр должен снабдить реальность — именно так определяется отныне его задача — дополнительной властью, необходимой ей, чтобы предписать себя безумию, и, наоборот, долг психиатра — лишить безумие способности ускользать от реальности.

Таким образом, с начала XIX века психиатр становится проводником интенсификации реального, теперь он — агент сверхвласти реального, тогда как в Классическую эпоху он был в некотором смысле проводником власти ирреализации реальности. Вы возразите мне: если в XIX веке психиатр и в самом деле полностью переходит на сторону реальности, становится в отно-

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Функция наставника истины в рамках больничной психиатрии принадлежит отнюдь не психиатру».

шении безумия — посредством принимаемой им на себя дисциплинарной власти — агентом интенсификации власти реальности, это тем не менее не означает, что он не поднимает вопроса об истине. Я бы сказал, что, конечно, в психиатрии XIX века поднимается проблема истины — вопреки довольно явственному пренебрежению этой психиатрии теоретической разработкой своей практики. Психиатрия не уклоняется от проблемы истины, но уже не включает вопроса об истине безумия в рамки лечения, как это делали Пинель и Мейсон Кокс, не интегрирует его в свою работу с безумцем, не стремится прояснить проблему истины в сопоставлении врача и больного; психиатрия ставит вопрос об истине исключительно внутри себя самой. Она априори и раз и навсегда преподносит, обосновывает себя в качестве медицинской и клинической науки. Иными словами, проблема истины более не имеет места в процессе лечения, она оказывается раз и навсегда разрешена психиатрической практикой, как только последняя наделяет себя бытийным статусом медицинской практики и закладывает в свое основание приложение психиатрической науки.

Поэтому я предложил бы вам следующее (временное) определение психиатрической власти, которой я решил посвятить нынешний лекционный курс: психиатрическая власть есть та дополнительная власть, посредством которой реальное предписывается безумию в качестве истины, раз и навсегда подкрепленной этой властью, дающей психиатрии статус медицинской науки. Мне кажется, что это предварительное определение позволяет понять некоторые общие особенности истории психиатрии XIX века.

Прежде всего очень примечательную связь — я бы сказал: отсутствие связи — между психиатрической практикой и, если угодно, дискурсами истины. Да, у психиатров начала XIX века очень быстро заявила о себе тенденция к построению психиатрии в качестве научного дискурса. Но какие научные дискурсы могут соответствовать психиатрической практике? Дискурсы двух типов.

Один из них можно назвать клиническим, или классификационным, нозологическим дискурсом. В общем и целом, он берется описать безумие как болезнь или, скорее, как совокупность умственных болезней, каждая из которых имеет свою

симптоматику, свой ход развития, свои диагностические и прогностические элементы и т. д. В данном случае формирующийся психиатрический дискурс берет за образец обычный клинический медицинский дискурс; выстраивается своеобразный *аналогон** медицинской истины.

Кроме того, опять-таки очень быстро, еще до открытия Бейлем[17] общего паралича и во всяком случае после него, то есть после 1822 года, складывается патолого-анатомическое знание, занятое вопросом о субстрате или органических коррелятах безумия, проблемой этиологии безумия, его связи с неврологическими расстройствами и т. д. И это знание выстраивает уже не аналогичный медицинскому дискурс, но дискурс, по сути, патолого-анатомический или патолого-физиологический, призванный служить материалистическим гарантом психиатрической практики.[18]

И если вы рассмотрите эволюцию психиатрической практики в XIX веке, то, как действительно обращались с безумием и безумцем в лечебницах, то заметите, что психиатрическая практика пребывала в это время под знаком, а в известном смысле и под защитой двух этих дискурсов — нозологического, занятого видами болезней, и патолого-анатомического, сосредоточенного на их органических коррелятах. Психиатрическая практика развивалась под эгидой двух этих дискурсов, но никогда не пользовалась ими или пользовалась только как референтом, как системой отсылок, в некотором роде ярлыков. Никогда психиатрия XIX века не применяла непосредственно то знание или квазизнание, которое постепенно накапливалось либо в рамках большой психиатрической нозологии, либо в области патолого-анатомических изысканий. Два этих дискурса, в сущности, не отражались на подразделении лечебниц, на классификации больных, их размещении в лечебнице, режиме и назначении им различных дел, на принципе деления на излечимых и неизлечимых.

Они выступали не более чем гарантами истинности психиатрической практики, которой хотелось, чтобы истина была дана ей раз и навсегда и более не подвергалась сомнению. За психиатрией двумя огромными тенями маячили нозология и этиология; медицинская нозография и патологическая анатомия призваны были обеспечить прежде всякой психиатрической

* Подобие, соответствие (*греч.*). — *Примеч. пер.*

практики безусловный залог истины, которую даже не нужно было бы применять когда-либо в практике лечения. В общем и целом психиатрическая власть говорит: вопрос об истине никогда между мной и безумием подниматься не будет, просто потому что я, психиатрия, уже являюсь наукой. Если я как наука вправе спрашивать саму себя о том, что я говорю, если я даже могу ошибаться, все равно, мне и только мне — как науке — решать, верно ли то, что я говорю, или же совершённую ошибку нужно исправить. Я сама — хранительница, если не истины в ее содержании, то уж, по крайней мере, критериев истины. И, кстати, именно в таком качестве, именно потому, что как научное знание я обладаю критериями верификации и истины, я могу прибегать к помощи реальности и ее власти и применять ко всем этим душевнобольным и буйным телам сверхвласть, которую реальность от меня получает. Я — сверхвласть реальности, ибо сама по себе и безусловно обладаю тем, что является по отношению к безумию истиной.

Речь идет о том, что один психиатр начала XIX века назвал «непререкаемым преимуществом разума над безумием», бывшим для него фундаментом психиатрического вмешательства.[19]

Как мне кажется, причина нестыковки, разлада между дискурсами истины и практикой психиатрии связана именно с усилением власти реального — этой первостепенной функцией психиатрической власти, призванной, так сказать, держать за спиной психиатра истину, считаемую уже полученной. Это позволяет понять, что центральной проблемой истории психиатрии в XIX веке является не проблема понятий, не проблема той или иной болезни: не мономания и даже не истерия составляет проблему, крест психиатрии XIX века. Если признать, что в рамках психиатрической власти никогда не поднимался вопрос об истине, то совершенно ясно, что крестом психиатрии XIX века была проблема симуляции.[20]

Я понимаю под симуляцией не то, что человек в здравом уме может сойти за безумца; это никогда особенно не интересовало психиатрическую власть. Неправда, что притворный безумец был для психиатрической практики и для психиатрической власти неким пределом, границей или заведомым тупиком, ведь подобное в конце концов случается во всех областях знания, в том

числе и в медицине. Всегда можно обмануть врача, уверив его в том, что у тебя та или иная болезнь, тот или иной симптом, — это известно каждому, кто служил в армии, — и медицинская практика всем этим отнюдь не оспаривается. Я же, напротив, имею в виду симуляцию в рамках безумия — она-то и была исторической проблемой психиатрии XIX века. Это симуляция, предпринимаемая безумием по отношению к самому себе, то, как безумие симулирует безумие, как истерия симулирует истерию, как истинный симптом оказывается разновидностью лжи, а ложный симптом — напротив, проявлением болезни. Вот что составляло для психиатрии XIX века неразрешимую проблему, предел и в конечном счете тупик, в связи с которым произошел затем ряд скачков.

Психиатрия, если угодно, говорит: я не буду ставить в связи с тобой, безумцем, проблему истины, поскольку обладаю истиной сама, вследствие моего знания, на основании моих категорий; потому-то я и обладаю властью по отношению к тебе, безумцу, что у меня есть эта истина. Тогда безумие отвечает: если ты утверждаешь, что раз и навсегда обладаешь истиной вследствие знания, которое уже всецело выстроено, что ж, в самом себе я преподнесу тебе ложь. И, разбирая мои симптомы, работая с тем, что называешь болезнью, ты попадешь в западню, ибо в сердцевине этих моих симптомов окажется темное ядро, крупица лжи, за счет которой я и поставлю перед тобой вопрос об истине. Я не стану обманывать тебя, основываясь на ограничениях твоего знания, — это было бы обычной симуляцией, — но если однажды ты захочешь действительно овладеть мною, то тебе придется вступить в ту игру истины и лжи, которую я предложу.

Итак, симуляция. С 1821 года, когда в Сальпетриере, перед Жорже, считавшимся одним из виднейших психиатров своего времени, предстали две симулянтки, и до известного случая из практики Шарко в 1880-х годах вся история психиатрии пронизана проблемой симуляции. Причем, говоря о ней, я имею в виду не теоретическую проблему симуляции, а тот процесс, в котором безумцы отвечали психиатрической власти, отказывавшейся поднимать вопрос об истине, вопросом о лжи. Ложь симуляции, безумие, симулирующее безумие, — такова была перед лицом психиатрической власти антивласть безумцев.

С этим обстоятельством, я полагаю, связано историческое значение и проблемы симуляции как таковой, и истерии. В его свете мы можем понять и коллективный характер феномена симуляции. Эта коллективность заявляет о себе уже в 1821 году, в поведении двух истеричек, известных под прозвищами «Петронилла» и «Гульфик».[21] С ними, как мне кажется, связано начало мощного исторического движения в психиатрии: двум этим больным подражали во всех французских лечебницах, поскольку это подражание было орудием борьбы больных с психиатрической властью. И острый кризис больничной психиатрии, разразившийся в конце XIX века, приблизительно в 1880 году, когда было замечено, что все симптомы, изучавшиеся кудесником Шарко, вызывались симуляцией его больных, наконец подтвердил, что безумцы заставили-таки психиатрию столкнуться с проблемой истины.

Я заострил ваше внимание на этой истории по целому ряду причин. Во-первых, потому что речь в ней идет не о симптоме. Часто говорится, что истерия исчезла или что она была болезнью XIX века. Но это была не болезнь XIX века, это был, если прибегнуть к медицинской терминологии, характерно больничный синдром — синдром, коррелятивный больничной власти, медицинской власти. Мне кажется неподходящим даже слово «синдром». Истерия была процессом, посредством которого больные пытались уклониться от психиатрической власти, феноменом борьбы, а вовсе не патологическим феноменом. Во всяком случае, именно в таком качестве ее следует рассматривать.

Во-вторых, не будем забывать, что после «Гульфика» и «Петрониллы» симуляция в больницах вошла в обыкновение, и это стало возможным не только в силу тесного соседства пациентов, но также и потому, что их соучастниками — вольными или невольными, открытыми или тайными — выступали интерны, надзиратели и мелкие медицинские работники. Вспомним, что Шарко не опросил практически ни единой истерички, и все его наблюдения, подтасованные симуляцией, поступали со стороны, от персонала, от тех, кто окружал больных и заодно с ними, с разной степенью сознательности, возводил этот мир симуляции, служивший орудием сопротивления психиатрической власти, которая именно в Сальпетриере начала 1880-х годов олицетворялась даже не психиатром, а неврологом, могшим, следовательно, опереться на как нельзя более стройный дискурс истины.

Таким образом, западню лжи расставили именно перед тем, кто был в наивысшей степени защищен медицинским знанием. Поэтому общий феномен симуляции в XIX веке следует понимать как процесс, причем не только как борьбу больных с психиатрической властью, но и как борьбу внутри психиатрической системы, больничной системы. И теперь мы подходим к центральному для моего нынешнего курса эпизоду — к тому моменту, когда вследствие этого процесса, силами всех его действующих лиц вопрос об истине, после Пинеля и Мейсона Кокса вынесенный за скобки дисциплинарной системой лечебницы и самим характером функционирования психиатрической власти, вернулся на повестку дня.*

В свою очередь психоанализ можно интерпретировать как первое значительное поражение психиатрии, как момент, когда вопрос об истине того, что выражено в симптомах, или во всяком случае присущая симптому игра истины и лжи оказались предписаны психиатрической власти силой. Вопрос же в том, чем психоанализ ответил на это поражение — возведением первой линии обороны? Но так или иначе, ответственным за первую волну депсихиатризации нам не следует считать Фрейда. Первая депсихиатризация, первый случай, заставивший психиатрическую власть споткнуться о вопрос об истине, был делом полчища симулянтов и симулянток. Именно они поймали психиатрическую власть в западню своей лжи, когда та, чтобы сделаться агентом реальности, назначила себя хранительницей истины и отказалась поднимать в рамках психиатрической практики, лечения, вопрос об истине безумия.

Произошло, можно сказать, великое восстание симулянтов; оно охватило в XIX веке весь больничный мир, и его постоянным, то и дело вновь разгоравшимся очагом была женская лечебница Сальпетриер. Вот почему я не считаю, что истерия, вопрос об истерии, то, как психиатры XIX увязли в истерии, сводится

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «То движение, усилиями которого вопрос об истине был возвращен в рамки взаимоотношений безумца и психиатра, может быть названо антипсихиатрическим».

к мелкой научной ошибке, не более чем эпистемологическому тупику. Такое мнение просто облегчает дело, позволяя одновременно написать историю психиатрии и зарождения психоанализа в таком же стиле, в каком объясняют Коперника, Кеплера или Эйнштейна: наука зашла в тупик, не могла совладать со слишком многочисленными птолемеевыми сферами, уравнениями Максвелла и т. д. Ученые будто бы увязли в научном знании и вот, вследствие этого тупика, происходит эпистемологический скачок — так появляется Коперник или Эйнштейн. Рассматривая нашу проблему в подобном ключе, представляя истерию как *аналогон* такого рода перипетий, ничего не стоит включить историю психоанализа в мирную традицию истории наук. Если же, как это делаю я, рассмотреть не истерию, а симуляцию — и не как эпистемологическую проблему или тупик знания, а как воинственную изнанку психиатрической власти; если допустить, что симуляция была для безумцев возможностью исподволь, силой поднять вопрос об истине перед психиатрической властью, стремившейся навязать им исключительно реальность, — тогда, наконец, можно предпринять такую историю психиатрии, которая будет вращаться уже не вокруг психиатра с его знанием, а вокруг безумцев.

Если подходить к истории психиатрии таким образом, то понятно, что институционалистская перспектива, для которой важно, является все-таки или не является институция вместилищем насилия, может оставить без внимания нечто важное; а мне кажется очевидным и то, что историческая проблема психиатрии — проблема власти реальности, которую взялись вершить психиатры и которая попала в западню озадачивающей лжи симулянтов, — загоняется обычно в слишком уж узкие рамки.

Таков, если хотите, общий фон, которым я хотел предварить предстоящие лекции. И в следующий раз я вернусь к истории, намеченной мною ранее в общих чертах, чтобы остановиться на проблеме того способа, каким функционировала психиатрическая власть как сверхвласть реальности.

Примечания

[1] В 1861 г. в лечебнице находились 1227 больных, в том числе 561 мужчина и 666 женщин, из них 215 пансионеров и 1012 неимущих. См. труд Гюстава Лабитта, директора лечебницы: *Labitte G.* De la colonie Fitz-James, succursale de l'asile privé de Clermont (Oise), considérée au point de vue de son organisation administrative et médicale. Paris: Baillière, 1861. P. 15. Об истории лечебницы в Клермоне см.: *Woillez E.-J.* Essai historique, descriptif et statistique sur la maison d'aliénés de Clermont (Oise). Clermont: impr. V^ve^ Danicourt, 1839.

[2] Колония Фиц-Джеймс была основана в 1847 г.

[3] «Создавая колонию Фиц-Джеймс, мы хотели прежде всего, чтобы больные оказались здесь в совершенно иных условиях, нежели в Клермоне» (*Labitte G.* De la colonie de Fitz-James... P. 13).

[4] В 1861 г. на ферме работали «170 больных» (*Labitte G.* De la colonie de Fitz-James... P. 15).

[5] Согласно описанию Г. Лабитта: «1) Отделение дирекции, предназначенное для проживания директора и пансионеров. 2) Отделение фермы, где содержатся колонисты. 3) Отделение замка, предоставленное пансионерам-дамам. 4) Отделение для женщин, занятых стиркой белья» (*Labitte G.* De la colonie de Fitz-James... P. 6).

[6] «На ферме [...], во время полевых работ и в мастерских присмотр и уход за буйнопомешанными, а также надзор за использованием земледельческих орудий возлагается на маньяков, мономанов и слабоумных». *Labitte G.* De la colonie de Fitz-James... P. 15.

[7] Ibid. P. 15.

[8] Ibid. P. 14.

[9] Ibid. P. 14.

[10] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie. Раздел VI. § IV: «Опыт лечения глубокой меланхолии, вызванной духовной причиной». P. 233—237.

[11] *Mason Cox J.* Obsérvations sur la démence. Наблюдение II. P. 77.

[12] Ibid. P. 78.

[13] Ibid. P. 78—79.

[14] *Leuret F.* Fragments psychologiques sur la folie. Paris: Crochard, 1934. Глава II: «Бред интеллекта»: «Сдатчица стульев одной из парижских церквей, которую лечил г-н Эскироль, [...] говорила, что у нее в животе собрались на собор епископы [...]. Декарт считал установленным, что мозговая желёзка — это зеркало, в котором отражаются образы внешних тел [...]. Какое из этих утверждений более обоснованно?» (p. 43). Лере имеет в виду рассуждение Декарта о роли мозговой желёзки в образовании «представлений о предметах, которые препод-

носятся чувствам» в его «Трактате о человеке» (см.: *Descartes R.* Traité de l'Homme. Paris: Clerselier, 1664. Воспроизводится в кн.: *Descartes R.* Œuvres et Lettres. P. 850—853).

[15] Имеется в виду концепция, согласно которой «судить — означает утверждать, что некая представляемая нами вещь такова или не такова, как например, если я, представляя себе, что такое земля и что такое круглота, утверждаю, что земля круглая» (*Arnaud A. & Nicole P.* La Logique, ou L'Art de penser, contenant, outre les règles communes, plusieurs observations nouvelles propres a former le jugement [1662]. 5 éd., Paris: Desprez 1683. P. 36). Ср.: *Marin L.* La critique du discours. Sur la «Logique de Port-Royal» et les «Pensées de Pascal» (Coll. «Le Sens commun»). Paris: Éditions de Minuit, 1975. P. 275—299; а также замечания М. Фуко в кн.: *Foucault M.* [1] Les Mots et les Choses. I partie: «Представлять». P. 72—81; [2] «Введение» к кн.: *Arnaud A. & Lancelot Cl.* Grammaire générale et raisonnée contenant les fondemets de l'art de parler expliqués d'une manière claire et naturelle (1 éd.: Paris: Le Petit, 1660). Paris: Paulet, 1969. P. III—XXVII (воспроизводится в кн.: *Foucault M.* DE. I. P. 732—752).

[16] О театральной реализации см.: *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 350—354. Во второй лекции курса «Воля к знанию», прочитанного в Коллеж де Франс в 1970/71 учебном году, М. Фуко говорит об этой «театрализации» безумия как об «ордалическом испытании», в рамках которого «выясняется, кто — врач или больной — ведет в игре истины; это театр безумия, посредством которого врач, так сказать, объективно реализует бред больного и через эту притворную истину подбирается к истине болезни» (по личной записи Ж. Лагранжа).

[17] В эпоху, когда паралитические расстройства считали болезнями, сопутствующими развитию деменции, или, как говорил Эскироль, ее «осложнениями» (см.: *Esquirol J.-E.-D.* Démence // Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1814. T. VIII. P. 283; Folie // Dictionnaire des sciences médicales... T. XVI. 1816), Антуан-Лоран-Жессе Бейль (1799—1858) на основании шести наблюдений с последующей анатомической проверкой, сделанных в отделении Руайе-Коллар в Сальпетриере, выделил в 1822 г. болезненную сущность, названную им по анатомической причине, с которой она якобы была связана, «хроническим арахнитом» — на основании того, что «всегда существует постоянная связь между параличом и бредом [...], и поэтому нельзя не признать, что два эти разряда феноменов суть симптомы одной болезни, а именно хронического арахнита». Последнему Бейль посвятил также первую часть своей диссертации, защищенной 21 ноября 1822 г.: «Исследования о хроническом арахните, гастрите, гастроэнтерите и подагре как причинах умопомешательства» (*Bayle A.-L.-J.* [1] Recherches sur la maladie mentale // Th. Méd. Paris, N 147; Paris: impr. Didot Jeune, 1822; [2] Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale. Paris: Gabon, 1822; rééd.: Paris: Masson, 1922. T. 1. P. 32). Позднее А.-Л.-Ж. Бейль распространил эту концепцию на большинство душевных болезней: «Большинство разновидностей умопомешательства являются симптомами первичного хронического воспаления „мозговых оболочек"» (*Bayle A.-L.-J.* Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris: Gabon, 1826. P. XXIV). См. также его текст: *Bayle A.-L.-J.* De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale (доклад, прочитанный в Императорской Академии медицины) // Annales médico-psychologiques. Juillet 1855. 3 série. T. I. P. 409—425.

[18] В 1820-е годы ряд молодых врачей обратились к патологической анатомии и попытались заложить ее в основу психиатрической клиники. Программу движения сформулировал Феликс Вуазен: «Располагая симптомами, нам нужно определить местонахождение болезни. Благодаря сведениям, предоставленным физиологией, сегодняшняя медицина способна справиться с этой проблемой» (*Voisin F.* Des Causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis. Paris: Baillière, 1926. P. 329). В 1821 г. ученики Леона Ростана (1791—1866), Ашиль Фовиль (1799—1888) и Жан-Батист Деле (1789—1879), представили на соискание премии Эскироля доклад «Рассуждения о причинах безумия и о характере их действия, с приложением исследований о природе и особом местонахождении этой болезни» (Париж, 1821). 31 декабря 1819 г. Жан-Пьер Фальре (1794—1870) защитил диссертацию «Медико-хирургические наблюдения и предложения» (*Falret J.-P.* Observations et propositions médico-chirurgicales // Th. Méd. Paris. N 296; Paris, impr. Didot, 1919), а впоследствии опубликовал книгу: *Falret J.-P.* De l'hypohondrie et du suicide. Considérations sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévoir les développements. Paris: Croullebois, 1822. 6 декабря 1823 г. Фальре прочитал в Медицинском Атенеуме (Париж) доклад «Сведения, полученные при вскрытии тел душевнобольных, могущие способствовать диагностике и лечению умственных болезней» (*Falret J.-P.* Inductuions tirées de l'ouverture des corps des aliénés pour servir au diagnostic et au traitement des maladies mentales. Paris: Bibliothèque Médicale, 1824). В 1820 г. дискуссия об органических причинах безумия разгорелась в связи с диссертацией ученика Эскироля, Этьена Жорже (поступившего на работу в Сальпетриер в 1816 г., а в 1819 г. получившего премию Эскироля за доклад «О вскрытии тел душевнобольных»), защищенной 8 февраля

1820 г.: *Georget E.* Dissertation sur les causes de la folie (Th. Méd. Paris. N 31; Paris: Didot Jeune, 1820). Жорже критиковал Пинеля и Эскироля за то, что они ограничивались наблюдением феноменов безумия и не пытались привязать их к некой первопричине. В труде «О безумии. Рассуждения об этой болезни...» (см. выше) тот же Жорже заявлял: «Я без колебаний расхожусь с моими учителями [...], чтобы показать, что безумие есть идиопатическое заболевание головного мозга» (p. 72).

[19] М. Фуко имеет в виду Ж.-П. Фальре, утверждавшего, что благодаря изоляции «семья с ее безмолвным соблюдением положительного закона способна одержать верх над страхом совершить самовольный поступок и, пользуясь непререкаемым преимуществом разума над бредом, наставлять душевнобольных на путь истинный, тем самым способствуя их исцелению» (*Falret J.-P.* Observations sur le projet de la loi relatif aux aliénés, présenté le 6 janvier 1837 à la Chambre des députés par le ministre de l'Intérieur. Paris: Éverat, 1837. P. 6).

[20] Эта проблема с 1800-х годов поднималась Ф. Пинелем, который посвятил ей отдельную главу в своем «Медико-философском трактате» (раздел VI, § XXII: «Притворная мания: возможности ее распознать». P. 297—302). См. также: [a] *Laurent A.* Étude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques a l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes. Paris: Masson, 1866; [b] *Bayard H.* Mémoire sur les maladies simulées // Annales d'hygiène publique et de médecine légale. 1867. 1 série. T. XXXVIII. P. 277; [c] *Boisseau E.* Maladies simulées // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales / s. dir. A. Dechambre et al. 2 série. T. II. Paris: Masson / Asselin, 1876. P. 266—281; [d] *Tourdus G.* Simulation // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. II. P. 681—715; [e] Несколько раз обращался к этому вопросу Шарко: *Charcot J.-M.* [1] Ataxie locomotrice, forme anormale // Leçons du mardi a la Salpêtrière. Policlinique 1887—1888 / Notes de cours de MM. Blin: Charcot et H. Colin. T. I. Paris: Lecrosnier & Babé, 1889 («Publications du Progrès médical»). P. 281—284; [2] Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I / Recueillies et publiées par D. M. Bourneville. Leçon IX: «О задержании мочи при истерии». § «Симуляция» (1873). Paris: Delahaye et Lecrosnier, 1884. 5 éd. P. 281—283; [3] Leçon d'ouverture de la chaire de clinique des maladies du système nerveux (23 avril 1882). § VII: «Симуляция» // Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III / Recueillies et publiées par Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette (1887). Paris: Lecrosnier & Babé, 1890. P. 17—22; [4] Leçon XXVI: «Случаи истерической немоты у мужчин». § «Симуляции» // Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 432—433.

[21] В 1821 г. в Сальпетриере Этьен Жорже, воодушевленный опытами, проведенными в октябре 1820 г. в отделении Юссона лечебницы Отель-Дьё бароном Жюлем Дюпотс де Сенневуа, при содействии Леона Ростана подверг гипнотическому воздействию двух пациенток: Петрониллу и Манури, вдову Бруйар, по прозвищу «Гульфик» (ср.: *Dechambre A.* Nouvelles expériences sur le magnétisme animal // Gazette médical de Paris. 12 septembre 1835. P. 585). О результатах этого эксперимента Жорже сообщает в книге: *Georget E.* De la physiologie du système nerveux, et spécialement du cerveau. T. I. Chap. 3: «Гипнотический лунатизм». Paris: Baillière, 1821. P. 404. См. также: [a] *Gauthier A.* Histoire du somnambulisme: chez tous les peuples, sous les noms divers d'extases, songes, oracles, visions, etc. T. II. Paris: F. Malteste, 1842. P. 324; [b] *Dechambre A.* [1] Deuxième lettre sur le magnétisme animal // Gazette médicale de Paris. 1840. P. 13—14; [2] Mesmérisme // Dictionnaire encyclopèdique des sciences médicales. 2 série. T. VII. Paris: Masson / Asselin, 1877. P. 164—165.

*Лекция от 19 декабря 1973 г.**

Психиатрическая власть. — Лечение Франсуа Лере и его стратегические элементы: 1) дисбаланс власти; 2) новое использование языка; 3) внушение потребностей; 4) изречение истины. — Удовольствие от болезни. — Больничный диспозитив.

Основной функцией психиатрической власти по отношению к безумию является функция оператора, своего рода интенсификатора реальности. Почему же эта власть может быть определена как сверхвласть реальности?

Чтобы попытаться прояснить этот вопрос, обратимся к одному примеру психиатрического лечения, относящемуся к 1838—1840 годам. Как осуществляется в это время психиатрическое лечение?

На первый взгляд, в период построения, организации больничного мира лечения нет вовсе, и выздоровление больных ожидается как некий процесс, если не самопроизвольный, то во всяком случае автоматически реактивный, непосредственно обусловленный комбинацией четырех элементов: во-первых, больничной изоляции; во-вторых, медикаментов физического, физиологического характера — опиатов,[1] лауданума[2] и т. д.; в-третьих, ряда специфически больничных принудительных мер — дисциплины, подчинения внутренним правилам,[3] определенного рациона,[4] режима сна, бодрствования и труда;[5] орудий физического принуждения; и в-четвертых, своего

* В подготовительной рукописи она озаглавлена «Психиатрическое лечение».

рода психофизического лечения, карательного и вместе с тем терапевтического, — прием душа,[6] кресло-качалка[7] и т. п. Сочетание этих элементов и определяло рамки лечения, от которого ожидали, не задумываясь ни о его объяснении, ни о теории, выздоровления больных.*

Но, как мне кажется, вопреки этой видимости психиатрическое лечение разворачивалось в нескольких планах, с использованием ряда тактических процедур, стратегических элементов, которые могут быть определены и которые, думается, очень важны для формирования психиатрического знания, возможно, и по сей день.

Избранный мною пример лечения является, насколько мне известно, самым разработанным из тех, что можно найти во французской психиатрической литературе. Он связан с именем психиатра, несправедливо приобретшего дурную репутацию, — речь идет о Лере, стороннике морального лечения, которого долгое время упрекали в злоупотреблении наказаниями, душем и т. п.[8] Между тем Лере, несомненно, дал наиболее точное, наиболее подробное описание классического лечения и оставил наиболее полную документацию о своей практике, причем он был, по-моему, и разработчиком этих практик, этих стратегий лечения, доведшим их до такого уровня, который позволяет и понять общие механизмы, применявшиеся в ту эпоху всеми психиатрами, и рассмотреть их, так сказать, в замедленном темпе, в деталях и сочленениях.

Лечению, о котором пойдет речь, подвергся некий г-н Дюпре — о нем говорится в последней главе «Морального лечения безумия»[9] Лере (1840). Больной имел следующие симптомы: «Г-н Дюпре — крепкий невысокий человек, обремененный полнотой; он прогуливается в одиночестве и никогда ни с кем не заговаривает. У него рассеянный взгляд, выражение лица слабоумного. Он то и дело отрыгивает, выпускает газы и тихо, но неприятно покашливает, стараясь освободиться от испарений, происходящих в его организме вследствие некромантии. К по-

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Короче говоря, это был код, но не языковой код означающих конвенций, а код тактический, позволяющий установить определенное соотношение сил и раз и навсегда утвердить его».

пыткам чем-то помочь ему он относится безразлично и даже пытается избежать их. Когда же на этом настаивают, у него портится настроение, хотя дело никогда не доходит до буйства, и если рядом есть надзиратель, он обращается к нему: „Велите же уйти этим дуракам, они мне надоедают". Дюпре никогда не смотрит человеку в лицо, и если что-либо на мгновение выводит его из обычных рассеянности и полузабытья, он тут же впадает в них снова <...> На Земле есть три семейства, возвышающихся над прочими своим благородством, — это семейства татарских, негритянских и конголезских князей. Особую расу, наиболее выдающуюся среди татарских князей, составляют алкионы, главой которых и является он, называемый Дюпре, но в действительности — уроженец Корсики, потомок Хосроя; он одновременно и Наполеон, и Делавинь, и Пикар, и Одриен, и Детуш, и Бернарден де Сен-Пьер. Особый знак его принадлежности к алкионам — неослабевающая готовность вкушать любовные наслаждения; ниже него стоят менее одаренные представители его расы, не столь сильные, как он, и называемые, согласно их любовной способности, 3/4-, 1/2- или 1/4-алкионами. Вследствие познанных им излишеств Дюпре впал в состояние хронической болезни, ради излечения которой консилиум врачей направил больного в его замок Сен-Мор (так Дюпре называет Шарантон), затем в Сент-Ион, затем в Бисетр. Бисетр, в котором он пребывает сейчас, — не тот, что в окрестностях Парижа, и город, что виден Дюпре в отдалении от приюта, — это на самом деле Лангр, где, с намерением его обмануть, установили памятники, похожие на парижские. Он — единственный мужчина в лечебнице; все остальные — женщины или, точнее, некие соединения нескольких женщин, носящие превосходно подогнанные маски с бородой и бакенбардами. Врача, что за ним ухаживает, Дюпре уверенно считает кухаркой, которая в прошлом прислуживала ему. Дом, в котором он спал в то время, когда переезжал из Сент-Иона в Бисетр, стоило только Дюпре выйти, улетучился. Он никогда не читает, и боже упаси его даже прикоснуться к газете; газеты, что ему приносят, — подложные, они не пишут о нем — Наполеоне, и те, кто их читает, — заговорщики, действующие заодно с самими газетчиками. Деньги лишены всякой ценности; все монеты и купюры фальшивые. Часто Дюпре слышит, как переговариваются медведи и обезьяны в ботаническом саду.

Он вспоминает о времени, проведенном им в замке Сен-Мор, и даже о некоторых тамошних знакомых <...> Многочисленность его фантазий поразительна не меньше, чем уверенность, с которой он их выдает».[10]

Мне кажется, что в анализируемом далее длительном лечении можно выделить ряд диспозитивов или маневров, которые Лере нигде теоретически не обосновывает и не разъясняет с опорой на этиологию умственной болезни, на физиологию нервной системы или даже на психологию безумия в самом широком смысле. Он просто описывает различные операции, к которым прибегал, и эти его маневры подразделяются на четыре или пять основных типов.

Во-первых, это маневр, заключающийся в дисбалансе власти, то есть в ее смещении в самом начале лечения или как можно скорее затем к одному полюсу — к полюсу врача. Лере делает это незамедлительно: первый же его контакт с Дюпре сводится к смещению власти: «Когда я впервые встретился с Дюпре, чтобы приступить к его лечению, он находился в большом зале вместе с множеством других больных, которых считали неизлечимыми; он сидел в ожидании пищи с глупым видом, безразличный ко всему, что происходило вокруг, нисколько не стесняемый своей собственной неопрятностью и неряшливостью соседей; казалось, им владеет единственно инстинкт пропитания. Как же можно было вывести его из этого оцепенения, вернуть ему нормальные ощущения, разбудить в нем внимание? Благожелательные речи ни к чему не приводили — возможно, следовало прибегнуть к строгости? Я изобразил недовольство его словами и поведением; я обвинил его в слабости, чванстве и лживости, затем потребовал, чтобы он встал передо мной и смотрел в глаза».[11]

Эта первая встреча представляется мне очень характерной для того, что можно назвать общим церемониалом лечебницы. Так действовали практически во всех лечебницах этого периода — и Лере здесь ничем не отличается от своих современников; сцена первого контакта врача с его больным — это церемониал, начальная демонстрация силы, то есть того, что силовое поле, в которое больной оказался помещен, лишено баланса, что в нем нет раздела, взаимности, обмена, что язык там не циркулирует между людьми свободно и безразлично, как это было бы, цари

между различными обитателями лечебницы взаимопонимание или прозрачность; что обо всем этом надо позабыть. С самого начала врач и больной должны находиться в дифференциальном мире, в мире скачка, дисбаланса между ними, в мире некоторого разрыва, преодолеть который невозможно: на вершине склона — врач, у подножия — больной.

Исходя из этого абсолютно статусного различия высот, потенциалов, которое никогда не исчезнет из больничной практики, и разворачивается затем процесс лечения. В этом совпадают все советы, даваемые алиенистами в отношении лечения самых разных больных: начинать всегда следует с обозначения власти. Именно о такой односторонней власти говорил Пинель, когда советовал подходить к больным с «неким устрашающим видом, с твердостью, способной поразить воображение [маньяка] и убедить его в том, что всякое сопротивление тщетно».[12] Об этом же говорил и Эскироль: «В доме душевнобольных должен быть руководитель, такой руководитель, который решает все».[13]

Аналогичным образом действует «принцип внешней власти», который можно назвать принципом Фальре и который, выражаясь яснее, заключается в замещении воли больного «внешней волей».[14] Больной должен почувствовать, что он оказался перед чем-то, в чем сконцентрирована, подытожена вся действительность, с которой он будет иметь дело в лечебнице; вся действительность сконцентрирована во внешней воле — во всемогущей воле врача. Я не имею в виду, что вся реальность вообще упраздняется в пользу единственной воли врача, навязываемой больному и нацеленной на покорение его болезни; но воля врача, внешняя воле больного и программно вышестоящая и поэтому недоступная для какого-либо обмена, взаимности, равенства, должна быть опорой этой реальности.

Данный принцип подчинен двум задачам. Прежде всего — установить атмосферу покорности, необходимую для лечения: действительно, нужно, чтобы больной принимал назначения врача. Однако дело не исчерпывается тем, что волю больного к выздоровлению подчиняют знанию и власти врача; более важно то, что этим полаганием абсолютного властного различия врач подрывает утверждение всесилия, заведомо имеющееся в безумии. Во всяком безумии, вне зависимости от его содержания, всегда есть утверждение всесилия, на которое-то и нацелен этот начальный ритуал установления внешней и абсолютно вышестоящей воли.

Всесилие безумия выражалось, согласно психиатрии рассматриваемой эпохи, в двух формах. В некоторых случаях оно приобретало в рамках бреда, например, форму мании величия: больной считает себя королем. Так, г-н Дюпре считает себя Наполеоном,[15] верит в свое сексуальное превосходство над всеми смертными,[16] убежден, что только он мужчина, а все остальные — женщины,[17] — вот вам целый ряд бредовых утверждений верховенства или всесилия. Но это правило действует только в случаях мании величия. У других больных, когда бреда величия нет, утверждение всесилия обнаруживается уже не в том, как бред выражается, а в способе его осуществления.

Каким бы ни было содержание бреда, будь это даже мания преследования, то, как больной бредит, то, что он отвергает все доводы, возражения, убеждения, само по себе является утверждением всесилия, причем на сей раз сопровождает всякое безумие, тогда как прямое выражение всесилия в бреде — исключительный удел мании величия.

Осуществление своего всесилия в бреде самим фактом бреда характерно, таким образом, для всех разновидностей безумия.

И теперь понятно, каким образом, чем обосновывается первый диспозитив, первый маневр психиатрической операции: он подрывает, отрицает всесилие безумия манифестацией другой, более сильной воли, наделенной к тому же высшей властью. Вот какой совет давал врачам Жорже: «Вместо того чтобы <...> отказывать душевнобольному в королевском достоинстве, на которое он претендует, покажите, что он безвластен, что вы, никакой не король, можете делать с ним все что угодно; быть может, он задумается и ему придет в голову, что он и впрямь заблуждался».[18]

Итак, против всесилия бреда выступает реальность врача — с ее собственным всесилием, придаваемым ей программным смещением власти в лечебнице; вот почему первый контакт врача с больным, пример которого дает случай г-на Дюпре, вписывается в общий контекст больничной практики эпохи, подразумевающей, конечно, множество вариантов. Некоторые

врачи — и вокруг этого в психиатрическом дискурсе разгорались внутренние споры — считали, что обозначение власти врача должно время от времени повторяться в насильственной форме, но иногда и в форме вежливой, как апелляция к доверию или как некий договор, предлагаемый больному, даже сделка.

Другие же психиатры рекомендовали всегда прибегать к устрашению, насилию и угрозам. Одни считали, что фундаментальное смещение власти в достаточной мере обеспечивается самой системой лечебницы с ее аппаратом надзора, с ее внутренней иерархией, расположением зданий, стенами, поддерживающими и определяющими сеть и склон власти. Другие, напротив, были убеждены, что власть демонстрируется личностью врача, его престижем и представительностью, его непреклонностью и полемической силой. Все эти варианты не кажутся мне столь уж важными по сравнению с фундаментальным ритуалом, который Лере, как я вам покажу, развивает на всем протяжении лечения, недвусмысленно склоняясь в пользу медицинской индивидуализации предоставляемого лечебницей властного дополнения и облекая его в форму агрессии и насилия.

Одной из тем бреда Дюпре была его убежденность в своем сексуальном всесилии, а также в том, что все окружающие его в лечебнице — женщины. Лере обращается к больному и спрашивает его: неужели действительно все люди вокруг него — это женщины? «Да, — отвечает Дюпре. — И я тоже? — спрашивает Лере. — Разумеется, вы тоже». Тогда Лере берет безумца за грудки и, «с силой встряхнув его, спрашивает: и это женские руки?».[19] Дюпре сомневается, и чтобы убедить его окончательно, Лере добавляет в его ужин несколько «зерен каломели», так что несчастный больной всю ночь проводит в мучительных коликах. Наутро врач вновь обращается к Дюпре: «И он, этот единственный мужчина в больнице, так перепугался, что от обыкновенного надзора у него разболелся живот».[20] Так, вызвав у Дюпре искусственный приступ страха, Лере продемонстрировал ему свое мужское и физическое превосходство.

В ходе лечения встречается целый ряд подобных сцен. Лере назначает Дюпре душ. Тот упирается, возвращается к своим бредовым темам и говорит: «Еще *одна* взялась меня оскорблять! — *Одна?* — переспрашивает Лере и тут же направляет сильную струю воды прямо в рот Дюпре, и он, весь трясясь, со-

глашается, что это был поступок мужчины, а в итоге и признает мужчину в Лере».[21] Таково ритуальное смещение власти.

Второй маневр можно охарактеризовать как новое использование языка. Дюпре не считает людей теми, кто они есть, утверждает, что его врач — это кухарка, а самому себе дает целый список последовательных или одновременных имен: он «и Детуш, и Наполеон, и Делавинь, и Пикар, и Одриен, и Бернарден де Сен-Пьер».[22] Поэтому — и далее последует характеристика второго маневра, хронологически почти непосредственно следующего за первым, с некоторым нахлестом, — Дюпре прежде всего нужно обучить правильным именам и заставить обращаться к каждому человеку именно по его имени: «В результате постоянных повторений правильных имен он стал внимателен и поко́рен».[23] Но повторение продолжалось, пока больной не запомнил имена: «Он должен выучить мое имя, имена моих учеников, надзирателей, санитаров. Пусть он всех нас называет по именам».

Лере заставляет Дюпре читать книги, декламировать стихи, говорить на латыни, которую он учил в школе, на итальянском, знакомом по службе в армии; наконец, он заставляет Дюпре «рассказывать историю».[24]

В другой раз врач отводит больного в ванную, ставит, как обычно, под струю, после чего, вопреки обыкновению, требует у него освободить ванну от воды. Между тем Дюпре привык не подчиняться никаким приказам. Его заставляют подчиниться силой, и когда он выливает из ванны с помощью ведер всю воду, ее тут же заполняют вновь, чтобы Лере мог повторять свое распоряжение раз за разом, пока механизм приказа-повиновения не заработает безупречно.[25]

Как мне кажется, эти операции, сосредоточенные вокруг языка, нацелены прежде всего на коррекцию бреда полиморфных наименований; больного принуждают вернуть каждому человеку имя, соответствующее его индивидуальности в рамках дисциплинарной пирамиды лечебницы. Очень показательно, что у Дюпре не требуют назвать имя другого больного, речь идет об именах врача, его учеников, надзирателей и санитаров: обучение наименованию учит одновременно и иерархии. Обращение по имени, демонстрация уважения, распределение имен и мест индивидов в иерархии дисциплинарного пространства — все это составляет в данном случае единое целое.

Дюпре заставляют читать, декламировать стихи и т. д. — тем самым, конечно, стремятся занять его ум, отвлечь его язык от бредового употребления, но вместе с тем и вновь учат его употреблять языковые формы из словаря обучения и дисциплины, те самые, которым его учили в школе, — этот искусственный язык, не тот, что используется в реальности, а тот, которым индивиду предписывается школьная дисциплина, система порядка. И наконец, в истории с наполняемой снова и снова ванной, которую Дюпре заставляли вычерпывать повторяющимися приказами, больного опять-таки учат языку приказов, но на сей раз приказов точечных.

В целом Лере, я полагаю, стремится открыть больного всем императивным языковым формам — именам собственным, с помощью которых приветствуют, высказывают почтение, внимание к другим; школьному чтению вслух, то есть языку обучения; и языку приказов. Как вы понимаете, речь вовсе не идет о переобучении — диалектическом, так сказать, переобучении — истине. Дюпре не показывают с помощью языка, что его убеждения были ложными, с ним не спорят, чтобы выяснить наконец, действительно ли все люди — «алкионы», как он утверждает в своем бреде.[26] Ложь не обращают в истину средствами диалектики, свойственной языку или спору; нет, просто-напросто игрой приказов, распоряжений субъекта вводят в контакт с языком как носителем императивов; система власти принуждает к императивному использованию языка и упорядочивает последнее. Это язык, присущий лечебнице, его имена определяют больничную иерархию; это язык господина. Сеть больничной власти должна, подобно реальности, просвечивать за этим преподаваемым больному языком. С помощью языка, которому его учат, Дюпре не сможет вновь обрести реальность; язык, насильно внушаемый ему, — это язык, сквозь который будет просвечивать реальность приказа, дисциплины, предписываемой больному власти. Впрочем, Лере сам говорит об этом, завершая рассказ об этих языковых упражнениях: «Наконец г-н Дюпре стал внимателен [под вниманием, конечно же, имеется в виду восприимчивость к реальности. — *М. Ф.*], вступил со мной в контакт; я оказываю на него воздействие, и он мне подчиняется».[27] «Внимание», контакт с врачом — с тем, кто отдает приказы и обладает властью, — заключается, в сущности,

в том, что облеченный властью врач оказывает воздействие в форме приказа. Язык, таким образом, скрывает за собой реальность власти.

Кроме того, Лере, как мы видим, оказывается по сравнению с другими психиатрами его времени в некотором смысле более тонким, большим перфекционистом. Хотя то, что в начале 1840-х годов называли «моральным лечением», неизменно приобретало подобные формы, пусть и с менее отчетливым упором на использование языка, на этот плутовской диалог, бывший на самом деле игрой приказа-повиновения, — ведь большинство психиатров, в отличие от Лере, в большей степени доверялись внутренним механизмам больничного института, нежели прямым действиям психиатра как носителя власти.[28] В конечном счете, если посмотреть, как понимали психиатры этого периода функционирование лечебницы и чем обосновывалось ее терапевтическое действие, то выяснится, что лечебница считалась терапевтической потому, что заставляла людей подчиняться правилам, распорядку дня, приказам, учила больных строиться, следовать определенному комплексу жестов и привычек, трудиться. Вся эта система порядка — и отдаваемых приказов, и институциональных правил и ограничений — в общем и была для тогдашних психиатров одним из важнейших факторов терапевтической пользы лечебницы. Как пишет Фальре в несколько более позднем тексте (1854), «позитивный и строго соблюдаемый режим, определяющий назначение каждого времени суток, внушает каждому больному привычку реагировать на нарушение установленных правил и подчиняться общему закону. Ранее предоставленный самому себе, верный побуждениям своих капризов или разнузданной воли, теперь душевнобольной вынужден повиноваться норме, тем более властной, что она едина для всех. Оказавшись в руках внешней для него воли, ему приходится совершать постоянное усилие над собой, чтобы избежать предусмотренных за нарушение режима наказаний».[29]

Систему приказа — отдаваемого и исполняемого, приказа как распоряжения и приказа как нормы — считал важнейшим двигателем больничного лечения и Эскироль: «В такого рода домах всегда имеет место движение, активность, брожение, в которое постепенно включаются все — даже самый упрямый, самый недоверчивый липоман вопреки своей воле вступает

в общество других, увлеченный общим движением <...> сам душевнобольной, когда его поддерживает гармония, порядок и режим его дома, куда лучше сопротивляется своим импульсам, все реже предаваясь эксцентрическим поступкам».[30] Иными словами, приказ — это реальность в форме дисциплины.

Третий маневр в рамках диспозитива больничной терапевтики заключается в заботе о потребностях, в организации потребностей. Психиатрическая власть обеспечивает превосходство реальности, победу реальности над безумием заботой о потребностях и даже формированием новых потребностей — созданием, поддержкой и возобновлением ряда нужд.

Как основой для рассуждения мы вновь можем воспользоваться здесь тщательно разработанной и очень примечательной версией этого принципа у Лере.

Его больной, г-н Дюпре, не желал работать по той причине, что не верил в ценность денег: «Деньги лишены всякой ценности; все монеты и купюры фальшивые»,[31] — говорил он, поскольку единственным, кто вправе чеканить монету, он считал Наполеона, то есть себя самого. Соответственно, деньги, которые ему давали, были фальшивкой: так зачем же работать? Проблема заключалась именно в том, чтобы внушить Дюпре необходимость денег. Однажды его силой приводят на работу. Он почти ничего не делает. В конце дня ему предлагают получить жалованье, соответствующее выполненному труду. Он отказывается, ссылаясь на то, что «деньги ничего не стоят».[32] Ему насильно вкладывают деньги в карман и, чтобы наказать за сопротивление, запирают на ночь и на весь следующий день «без воды и пищи». Но приставляют к нему предварительно обученного санитара, который обращается к Дюпре: «Ах, г-н Дюпре, как мне жаль вас, лишенного пищи! Если бы я не опасался г-на Лере и его наказаний, я непременно принес бы вам что-нибудь поесть. Но, если вы мне заплатите, я готов пойти на этот риск». И вот, чтобы поесть, Дюпре приходится достать из кармана три из восьми су, выданных ему накануне.

Так, вследствие этой искусственно созданной потребности, для больного начинает проясняться значение или, как минимум, польза денег. Ему позволяют плотно поесть и опять-таки подмешивают «двенадцать зерен каломели к овощам, которые г-н Дюпре съел, после чего незамедлительно выразил потребность

пойти в уборную, затем вызвал служителя и обратился к нему с просьбой позволить умыться. Это оказалось следующей платной услугой».[33] Назавтра Дюпре отправился на работу и «потребовал оплатить свой труд». И это, по словам Лере, был «первый разумный поступок, совершенный сознательно и обдуманно, которого я от него добился».[34]

Мне кажется, что удивительная связь, установленная Лере между деньгами и дефекацией, — причем, как вы видите, в императивной форме, — заслуживает отдельного размышления. Это не символическое двухчленное отношение деньги—экскременты, это тактическая четырехчленная связь: пища—дефекация—труд—деньги, в которой есть также и пятый термин, который дрейфует от одной вершины тактического квадрата к другой, — я имею в виду медицинскую власть. Посредством игры этой медицинской власти, циркулирующей между четырьмя терминами, и обеспечивается описанное отношение, которому суждена, как вам хорошо известно, впечатляющая судьба; и именно здесь, по-моему, мы сталкиваемся с ним впервые.[35]

Говоря шире, Лере опять-таки в исключительно тонком, разработанном виде формулирует нечто, очень важное для системы психиатрического лечения середины XIX века. По сути дела больного ставят в тщательно поддерживаемое положение несостоятельности: необходимо, чтобы он оставался ниже некоторой средней линии своего существования. И выполнению этой задачи способствовал ряд техник, менее изощренных, чем у Лере, однако тоже надолго закрепившихся в больничной институции и в истории безумия.

Тактика одежды: подлинную теорию больничной одежды дает Феррюс в трактате «Душевнобольные» (1834), где говорится: «Одежда душевнобольных требует особого внимания. Почти все безумцы тщеславны и самодовольны, в подавляющем большинстве своем до начала болезни они вели жизнь, пронизанную пороками; часто бывает, что, имея некоторое богатство, они растратили его вследствие путаницы, царившей у них в голове».[36] Поэтому обладатели в прошлом дорогих нарядов, украшений, они, уже находясь в больнице, пытаются восстановить свой гардероб и одеваются так, что их внешний вид говорит одновременно об их былой роскоши, о нынешнем ничтожестве и о механизме их бреда; такой возможности безумцев следует ли-

шить. Однако постарайтесь не зайти слишком далеко, — предупреждает Феррюс. Безумцам в лечебницах зачастую дают убогие лохмотья, что унижает их и может только подстегнуть их бред или отвращение к жизни: в таких случаях они могут решить не одеваться вовсе. Между бредовыми роскошествами и непристойной наготой следует найти середину — и таковой будут «одеяния из плотных грубых тканей, сшитые по единому образцу, причем содержать их нужно в чистоте, которая отвечала бы и детскому тщеславию безумцев».[37]

Также есть тактика питания: рацион больных должен быть скромным, достаточно однообразным, формироваться не по желанию, но по единой рецептуре, по возможности чуть ниже средней потребности человека. Впрочем, этот общий внутрибольничный рацион корректируется, особенно после движения за «*no restraint*», то есть за частичный отказ от смирительных орудий,[38] практикой лишения пищи в качестве наказания: больных оставляют без еды, строго ограничивают и т. д. Таков очень важный элемент больничной карательной системы.

Далее, тактика привлечения к труду. На труд в лечебнице возлагается очень много функций: прежде всего он призван обеспечивать необходимые порядок, дисциплину и размеренность. Уже в 1830-е годы труд больных становится обязательным: так, ферма св. Анны, прежде чем заменить собою всю больницу Бисетр, существовала как ее отделение.[39] Как писал Жирар де Кайё, будучи директором лечебницы в Оксерре, «очень полезным для лечения больных занятием является очистка и некоторые другие операции с фруктами».[40] Такая работа — и это особенно важно — предписывается безумцам не просто как фактор порядка, дисциплины, размеренности, но также и потому, что позволяет навязать им систему жалованья. Больничный труд является оплачиваемым, и плата за него — отнюдь не дань человеколюбию, но важнейший элемент функционирования труда, поскольку жалованье должно быть достаточным для удовлетворения ряда потребностей, формируемых в рамках основополагающей больничной скудости — недостаточного питания, отсутствие всяких поощрений (за табак или сладкое приходится платить). Должно возникнуть желание, должна иметься потребность, больные должны пребывать в положении скудости, чтобы система жалованья, вводимая посредством труда, могла

работать. Таким образом, необходимо жалованье, которого хватит для удовлетворения потребностей, формируемых фундаментальной скудостью, и которое в то же время не позволит больным достичь уровня нормальной, обычной заработной платы.

И наконец, одной из наиболее важных скудостей, которым способствует больничная дисциплина, является недостаток свободы. Можно проследить, как у психиатров первой половины XIX века постепенно изменяется или, если угодно, углубляется и совершенствуется теория изоляции. Та теория, о которой мы с вами говорили в прошлой лекции, диктовалась прежде всего необходимостью выдержать разрыв между терапевтическим пространством и семьей больного — той самой средой, где развилась его болезнь. Позднее возникает представление о дополнительном преимуществе изоляции: она не только отгораживает семью, но также и вызывает у больного новую, не знакомую ему ранее потребность в свободе. И на фоне этой искусственно созданной потребности может развернуться лечение.

Психиатрическая власть в ее больничной форме выступает в рассматриваемый период как создатель потребностей и устроитель способствующей им скудости. Каковы же мотивы этого управления потребностями, этой институциализации скудости? Таких мотивов несколько, и их нетрудно перечислить.

Во-первых, вследствие игры потребностей больному преподносится реальность того, к чему эти потребности обращены: ничего не значившие деньги приобретают смысл, как только возникает нехватка чего-то и, чтобы ее удовлетворить, приходится платить. В итоге больной замечает реальность того, в чем нуждается вследствие поддерживаемой скудости. Таково первое действие этой системы.

Во-вторых, за больничной нищетой вырисовывается реальность внешнего мира, которую всесилие безумия дотоле всячески отрицало и которая теперь мало-помалу проступает из-за ограды лечебницы как, разумеется, недоступная реальность, но недоступная только пока ты безумен. И этот внешний мир, если вдуматься, становится реальным сразу в двух смыслах: он предстает как мир не-бедности в сравнении с лечебницей и тем самым приобретает желанную реальность; но вместе с тем он оказывается миром, к которому приобщаешься, учась реагировать на свою нищету, удовлетворять свои потребности: «Когда

вы поймете, что вам надо работать, чтобы питаться, зарабатывать деньги, даже чтобы испражняться, перед вами откроется внешний мир». Иначе говоря, внешний мир реален, как мир не-бедности, в противоположность нищему миру лечебницы, и реален так же, как мир, в котором больничная нищета действует пропедевтически.

Третье действие политики скудости заключается в том, что, находясь в низком материальном положении по сравнению с внешним миром, с жизнью за стенами лечебницы, больной осознает, что сам пребывает в состоянии неудовлетворенности, что низок его собственный статус, что его права ограничены, что ряда вещей у него нет просто потому, что он — больной. И тогда он обращает внимание уже не на реальности внешнего мира, но на реальность своего собственного безумия — опять-таки благодаря системе скудости, поддерживаемой вокруг него. Иными словами, он должен понять, что расплачивается за свое безумие, поскольку оно реально существует как нечто, чем он поражен; его платой за безумие является общая нищета его жизни, скудость во всем.

И наконец, четвертый аспект организации больничной скудости: переживая свою нищету, понимая, что ради выхода из нее нужно трудиться, идти на уступки, следовать дисциплине и т. д., больной приходит и к пониманию того, что уход за ним, заботы о его исцелении вообще-то не являются сами собой разумеющимися; он должен заслужить их для себя некоторыми усилиями, получая за готовность работать и дисциплинированность положенную плату; больной должен оплатить своим трудом благо, дарованное ему обществом. По словам Беллока, «если общество оказывает душевнобольным помощь, в которой они нуждаются, то пусть душевнобольные в свою очередь постараются в меру сил освободить общество от своего бремени».[41] Безумец постигает четвертую сторону реальности — тот факт, что, будучи больным, он должен помогать удовлетворению собственных потребностей своим трудом, чтобы их не приходилось полностью брать на себя обществу. И это рассуждение приводит к следующему заключению: с одной стороны, надо расплачиваться за безумие, а с другой — надо платить и за выздоровление. Лечебница, таким образом, заставляет больного как оплачивать свое безумие через искусственно созданные потребности, так

и платить за свое выздоровление дисциплиной и приносимой пользой. Поддерживая скудость, лечебница позволяет ввести в оборот монету для оплаты лечения. Посредством систематически формируемых потребностей она создает форму моральных откупных за безумие, средства для оплаты терапевтических действий, — именно в этом заключена ее глубинная функция. И в связи с этим понятно, что проблема денег, связанных с потребностями безумия, за которое приходится расплачиваться, и лечения, которое приходится покупать, неотделима от психиатрической тактики и больничного диспозитива.

Есть также [и пятый] диспозитив: это диспозитив изречения истины, финальная фаза и предпоследний эпизод терапевтики, предложенной Лере. На сей раз от больного нужно добиться, чтобы он говорил правду. Вы спросите у меня: если этот эпизод и в самом деле так важен в процессе терапии, то как вы можете утверждать, что в практике классического лечения не поднималась проблема истины?[42] Однако взгляните, как именно поднимается эта проблема истины.

Лере проделывает с Дюпре следующее. Больной говорил, что Париж — это не Париж, а король — не король, что это он — Наполеон, а Париж — это на самом деле Лангр, просто представленный в виде Парижа несколькими людьми.[43] И против этого есть, согласно Лере, единственное средство — показать Дюпре Париж. Больного отправляют на экскурсию по Парижу в сопровождении интерна, тот показывает ему различные столичные достопримечательности и спрашивает: «Так вы узнаете Париж? — Нет, нет, — отвечает г-н Дюпре, — мы с вами в Лангре. Просто здесь воспроизвели некоторые приметы Парижа».[44] Интерн, притворившись, что не знает города, просит Дюпре провести его к Вандомской площади. Дюпре прекрасно справляется, и тогда интерн говорит: «Стало быть, мы все-таки в Париже, если вы так легко нашли эту площадь![45] — Нет, это представленный в виде Парижа Лангр». Дюпре возвращается в Бисетр, отказывается признавать, что был в Париже, и «поскольку он упорствует, его ведут в ванную и ставят под струю холодной воды. Тогда он со всем соглашается», в том числе и с тем, что Париж был Парижем. Впрочем, по завершении процедуры вскоре «возвращается к своим заблуждениям. Его вновь раздевают и повторяют обливание; и он опять уступает»: да, это был

Париж; а едва одевшись, «называет себя Наполеоном. Наконец, третье обливание его смиряет. Он сдается и идет спать».[46]

Но Лере — не глупец, он вполне отдает себе отчет в том, что подобных мер недостаточно. И переходит к упражнению, так сказать, уровнем выше: «На следующий день я пригласил его к себе и после короткого разговора о вчерашнем путешествии спросил: „Ваше имя? — Я здесь под чужим именем; в действительности меня зовут Наполеон-Луи Бонапарт. — Ваша профессия? — Лейтенант 19-го пехотного полка в увольнении; но я должен вам объяснить: в данном случае лейтенант является главой армии. — Где вы родились? — В Аяччо; или, если угодно, в Париже. — Судя по данной справке, вы лечились как душевнобольной в лечебнице Шарантон. — Нет, я не душевнобольной из Шарантона. Я девять лет жил в моем замке Сен-Мор". Не удовлетворившись такими ответами, я веду его в ванную, ставлю под душ, разворачиваю перед ним газету и прошу читать вслух; он подчиняется; я задаю ему вопросы и убеждаюсь, что он понял прочитанное. Затем, громко осведомившись о том, заполнена ли ванна, я прошу принести г-ну Дюпре тетрадь и предлагаю ему письменно изложить ответы на мои вопросы. „Ваше имя? — Дюпре. — Ваша профессия? — Лейтенант. — Место рождения? — Париж. — Какое время вы провели в Шарантоне? — Девять лет. — А в Сент-Ионе? — Два года и два месяца. — Как долго вы находитесь в отделении лечения душевнобольных в Бисетре? — Три месяца; до этого три года я считался неизлечимым больным. — Куда вы ездили накануне? — В Париж. — Медведи разговаривают? — Нет"».[47] Как видите, налицо прогресс по сравнению с предыдущим опросом. Затем следует переход к третьей стадии этого упражнения в изречении истины, и это важнейшая сцена — сейчас вы в этом убедитесь. «Г-н Дюпре, судя по его ответам, пребывает в своеобразной *нерешительности между безумием и рассудком*».[48] И это после пятнадцатилетнего безумия! Наконец, думает Лере, «пришло время потребовать от него окончательного решения — написать историю своей жизни».[49] Этого удается добиться лишь многократными сеансами душа, после которых Дюпре «посвящает вечер и весь следующий день написанию своей биографии в мельчайших подробностях. Он излагает все, что помнит о своем детстве, приводит названия пансионов

и лицеев, в которых обучался, множество имен преподавателей и однокашников. И во всем этом тексте не находится места ни единой лжи, ни одному неверному слову».[50]

В связи с этим возникает проблема, которую я сейчас не могу разрешить: каким образом автобиографический рассказ был действительно введен в психиатрическую, а также в криминологическую практики в 1825—1840 годы и как этот рассказ о своей жизни стал многофункциональным ядром всех этих процедур взятия под опеку и дисциплинаризации индивидов? Почему изложение своего прошлого стало частью дисциплинарной практики? И как эта автобиография, воспоминания о детстве оказались в ее рамках? Не знаю. Но в любом случае я хотел бы сказать, что этот маневр изречения истины примечателен сразу несколькими своими аспектами.

Во-первых, истина в нем — это не воспринимаемое. Ведь г-на Дюпре возили в Париж не для того, чтобы он открыл для себя за счет восприятия, что это и впрямь Париж и что он был в Париже. От него хотели другого; понятно было, что он все равно воспримет Париж как имитацию Парижа. Хотели же от него — и именно в этом смысле изречение истины оказывается действенным, — чтобы он признал это. Не чтобы Париж был им воспринят, а чтобы это было высказано — пусть и при помощи душа. Простое изречение некой правды несет в себе определенную функцию; признание, даже под нажимом, более важно для этой терапии, нежели верная идея или точное впечатление, если они остаются невысказанными. Таким образом, налицо перформативный характер изречения истины в процессе лечения.

Во-вторых, следует обратить внимание на то, что важнейшим в истине, тем что особенно акцентирует Лере, является, конечно, отчасти то, чтобы Париж был Парижем, но в большей степени — чтобы больной связал себя со своей историей. Он должен узнать себя в этой своеобразной идентичности, образованной рядом эпизодов его собственной жизни. Иными словами, именно в этом признании ряда эпизодов своей биографии больной должен в первый раз высказать истину. Наиболее важное для терапии изречение истины относится не к внешним предметам, а к самому больному.

Наконец, в-третьих, я считаю важным, что эта требуемая от больного биографическая правда, признание которой столь

значимо для терапевтического процесса, является не столько правдой, которую следует сказать о самом себе, на уровне своих собственных переживаний, сколько некоторой истиной, предписываемой в канонической форме: Дюпре опрашивают о его личности, просят припомнить подробности, и без того известные врачу: признать, что в такое-то время больной находился в Шарантоне, что он действительно болен с такой-то даты и т. д.[51] Составляется биографический корпус, сформированный извне — системой семьи, работы, гражданского состояния, медицинского наблюдения. И этот корпус идентичности больной должен в конечном итоге признать своим, после чего наконец наступит один из наиболее плодотворных периодов терапии; если же этот период окажется неудачным, больного можно считать неизлечимым.

Процитирую вам ради живости повествования еще одно наблюдение Лере. Речь пойдет об истории женщины, которую, по словам психиатра, он так и не смог вылечить. Почему же он решил, что всякое лечение бессильно? Именно потому, что больная оказалась неспособна признать биографическую схему своей идентичности. Вот диалог, по мнению Лере свидетельствующий о неизлечимости:

«Как вас зовут, мадам? — Моя личность — не замужняя дама, и, пожалуйста, называйте меня мадемуазель. — Но я не знаю вашего имени, не могли бы вы сказать мне его? — Моя личность не имеет имени, и ей хотелось бы, чтобы вы не записывали. — И все же мне нужно знать, как вас зовут или звали раньше. — Я понимаю, что вы имеете в виду. Речь идет о Катрин N, и более не станем говорить о том, что было. Моя личность утратила свое имя, она отдала его, когда поступила в Сальпетриер. — Сколько вам лет? — Моя личность не имеет возраста. — А сколько лет было той Катрин N, о которой вы только что упомянули? — Я не знаю... — Если вы — не та, о ком вы говорите, то, быть может, вы — две личности в одной? — Нет, моя личность не знакома с той, которая родилась в 1779 году. Возможно, именно эту даму вы видите перед собой... — Чем вы занимались и что с вами происходило с тех пор, как вы — это ваша личность? — Моя личность жила в оздоровительном доме... Над ней проделывали и до сих пор проделывают физические и метафизические опыты... Ко мне нисходит невидимая

и примешивает свой голос к моему. Моя личность этого не хочет и старается оттолкнуть ее. — Какие эти невидимки, о которых вы говорите? — Маленькие, неосязаемые, бесформенные. — Как они одеты? — В блузы. — На каком языке они говорят? — По-французски. Если бы они говорили на другом языке, моя личность их не понимала бы. — Вы уверены, что видите их? — Ну конечно, моя личность их видит, но метафизически, в незримости; разумеется, не материально, поскольку в этом случае они уже не были бы невидимками... — Вы чувствуете прикосновения невидимок к вашему телу? — Моя личность их чувствует, и они ей очень неприятны; они совершают всякого рода неприличные жесты... — Как вы себя чувствуете в Сальпетриере? — Моя личность чувствует себя здесь очень хорошо. Ее с величайшей заботой опекает г-н Паризе. Она никогда не просит ничего у служительниц... — Что вы думаете о женщинах, которые вместе с вами находятся в этой палате? — Моя личность думает, что они потеряли рассудок».[52]

В определенном смысле, это лучшее из всех описаний больничного существования. Как только при поступлении в Сальпетриер больной дано имя, как только сформирована эта административная, медицинская индивидуальность, не остается ничего, кроме «моей личности», говорящей исключительно в третьем лице. И как раз невозможность признания, это постоянное изъяснение в третьем лице кого-то, говорящего только от имени личности, личностью не являющейся, — все это позволяет Лере понять, что никакая из терапевтических операций, проводимых им вокруг изречения истины, в данном случае невозможна; что с тех пор, как больная, поступив в Сальпетриер, потеряла свое имя и стала для лечебницы только «своей личностью», уже не способной поведать свои детские воспоминания и узнать себя в предустановленной идентичности, она прижилась в лечебнице навсегда.

Можно сказать, согласитесь, что больничная машина обязана своей действенностью целому ряду вещей: непрерывному дисциплинарному ограждению, внутренне присущему ей дисбалансу власти, игре потребностей, денег и труда, стандартному прикреплению к административной идентичности, в которой больной должен узнать себя посредством языка истины. Но понятно также, что эта истина не есть истина безумия, говоря-

щего от своего имени; это изречение истины данного безумия, которое соглашается узнать себя в первом лице в некоторой административно-медицинской реальности, сформированной больничной властью; как только больной узнал себя в этой идентичности, операцию истины можно считать завершенной. Следовательно, операция истины осуществляется как приспособление дискурса к этому институту индивидуальной реальности. Вопрос об истине между врачом и больным не поднимается. Биографическая реальность больного задана, установлена раз и навсегда, и он должен идентифицироваться с нею, если хочет выздороветь.

Остается последний, в известном смысле дополнительный, эпизод случая Дюпре. После того как Лере добился правдивого рассказа — правдивого, впрочем, согласно некоторому заранее составленному биографическому канону, — он совершил нечто удивительное: освободил Дюпре, заявив, что тот все еще болен, но в данный момент уже не нуждается в лечебнице. Что означало это освобождение для самого врача? Несомненно, он рассчитывал продолжить ту интенсификацию реальности, которую до этого осуществляла лечебница. То есть Лере опять-таки собирает вокруг своего больного, теперь уже свободного, ряд диспозитивов того же самого типа, что и описанные мною выше. Дюпре обманом внушают правдивые истории; однажды он говорит, что знает арабский язык, — и его ставят в такую ситуацию, что он вынужден признаться в его незнании.[53] Дюпре подвергают тем же языковым упражнениям, которые использовали и в лечебнице: Лере избирает для своего пациента, также и с целью довести его до выздоровления, то есть до полного подчинения реальности, профессию типографского корректора,[54] чтобы Дюпре окончательно включился в тот принудительный языковой строй, в котором носителем истины выступает язык не в диалектическом, но в императивном его употреблении. Ведь то, что он читает, должно соответствовать стандартной, школьной орфографии.

Подобным же образом Лере объясняет, что внушает Дюпре потребности, водя его в оперный театр, дабы тот приобрел склонность смотреть спектакли, которая приводит к необходимости зарабатывать деньги. Перед нами вновь [процесс] возврата к реальности или идентификации с реальностью под действием

дисциплины — на сей раз под ее рассеянным действием, уже не концентрированным, не интенсивным, как было в лечебнице: «Я расширял сферу его развлечений, чтобы расширить круг его потребностей и приобрести тем самым больше возможностей им управлять».[55]

Есть, однако, и более важная, более тонкая и примечательная причина. Ведь Лере фактически усматривает у своего больного три формы удовольствия: удовольствие от лечебницы,[56] удовольствие от болезни и удовольствие от наличия симптомов. И это тройное удовольствие оказывается, по сути, носителем всесилия безумия.

Если взглянуть на процесс лечения в целом, то можно понять, что Лере с самого начала стремился атаковать замеченное им у Дюпре удовольствие от болезни, от симптома. Он сразу же стал прибегать к пресловутому душу, к смирительной рубашке, к лишению пищи, и эти репрессии имели двойное, физиологическое и моральное, обоснование. В свою очередь, моральное обоснование также отвечало двум целям: с одной стороны, Лере хотел подчеркнуть реальность власти врача по отношению к всесилию безумия, но с другой — он хотел лишить безумие гедонизма, устранить удовольствие от симптома неудовольствием от лечения. И здесь Лере опять-таки воспользовался рядом техник, с которыми, не рассуждая и не теоретизируя над ними, работали психиатры его эпохи.

Но что отличает Лере — и в данном аспекте его отрыв особенно велик, — так это сам особый случай Дюпре. Ведь этот больной, даже стоя под душем, даже подвергаясь прижиганию кожи на голове,[57] практически не протестовал, считая все эти меры вполне сносными при условии, что они продиктованы терапией.[58] Лере идет дальше большинства психиатров своего времени, которые чаще всего требовали — впрочем, с целью подтвердить свое всевластие над безумцем, — чтобы больной принимал лечение беспрекословно. Но этот больной сам соглашается лечиться, и его согласие в некотором смысле является частью болезни.

Лере замечает, что эта покорность не идет на пользу его терапии, поскольку лечение как бы подхватывается бредом. Стоя в душе, г-н Дюпре говорит: «Еще одна взялась меня оскорблять!»[59] Поэтому нужно рассогласовать лечение с бредом, отграничить

его от бреда, постоянно стремящегося пронизать его собою. А значит, это лечение должно быть максимально болезненным, чтобы через него проступала реальность, призванная в итоге покорить безумие.

В рамках этой техники мы находим целый ряд основополагающих идей: болезнь связана с удовольствием; лечение при посредстве удовольствия может оказаться интегрированным в само безумие; вторжение реальности может быть нейтрализовано механизмом удовольствия, присущим лечению; и как следствие — терапия должна проводиться не только на уровне реальности, но и на уровне удовольствия — и не только удовольствия, выработанного больным к своему безумию, но и удовольствия, которое он научился испытывать от его лечения.*

Поняв, что Дюпре испытывает в лечебнице сразу несколько удовольствий — именно здесь он может спокойно бредить, включая в свой бред и лечение, так что все применяемые к нему наказания приобретают иной смысл в рамках его болезни, — Лере и заключил, что нужно вывести больного отсюда, лишить его этого наслаждения своей болезнью, лечебницей и терапией. И — выпустил Дюпре в повседневную жизнь, тем самым сделав лечение безрадостным, а заодно и продолжив его действие в совершенно немедицинской форме.

Это позволило Лере полностью самоустраниться в качестве медицинского персонажа. Он вышел из присущей ему прежде агрессивной, властной роли и с помощью нескольких своих сотрудников разыграл следующий сценарий. Г-н Дюпре, вопреки своей профессии корректора, продолжал допускать постоянные орфографические ошибки, поскольку бред склонял его к упрощению правописания. Ему отправляют подложное приглашение на высокооплачиваемую работу. Дюпре пишет ответное письмо, в котором сообщает, что готов занять столь привлекательную должность, но тут же делает несколько ошибок, и помощник Лере с полным основанием парирует: «Я с удовольствием принял бы вас, если бы вы не ошибались так грубо».[60]

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Во всяком симптоме есть одновременно власть и удовольствие».

Как вы видите, все механизмы, применявшиеся в больнице, действуют и теперь, но в демедикализованном виде. Медицинский специалист, как говорит сам Лере, становится скорее коммерсантом, устраивающим дела в качестве посредника между суровой реальностью и больным.[61] Больной вдруг перестает испытывать удовольствие и от болезни, которая вызвала столько трагических последствий, и от лечебницы, поскольку он уже не там, и даже от своего врача, ибо врач как таковой исчез. Лечение г-на Дюпре оказалось успешным: весной 1839 года оно окончилось полным выздоровлением. Однако Лере добавляет, что на пасху 1840 года ужасающие симптомы показали, что «больного» снедает новый недуг.[62]

*

Итак, если попытаться подытожить сказанное, можно заключить, что лечебница, судя о ее функционировании по описанной терапии, представляет собой диспозитив лечения, в рамках которого деятельность врача совершенно неотделима от работы института, его правил, его архитектуры. Перед нами своего рода большое совокупное тело, части которого — стены, палаты, орудия, санитары, надзиратели, врач — несут, конечно, разные функции, но в качестве главной роли стремятся к достижению совместного эффекта. И различными психиатрами этот основной акцент делается то на общей системе надзора, то на фигуре врача, то на пространственной изоляции, которым и сообщается максимум власти.

Кроме того, я хотел бы подчеркнуть, что лечебница стала местом формирования нескольких типов дискурса. Именно исходя из больничных наблюдений складывается нозография, классификация болезней. Именно благодаря свободному обращению с трупами безумцев развивается патологическая анатомия душевных болезней. Но, как вы понимаете, ни один из этих дискурсов — ни нозографический, ни патолого-анатомическиий — никоим образом не направлял собственную эволюцию психиатрической практики. В самом деле эта практика, можно сказать, оставалась безмолвной, хотя ряд клинических протоколов и сохранился, — безмолвной, поскольку

многие годы она не предполагала какого-либо подобия автономного дискурса, не совпадающего с протоколом сказанного и сделанного. Настоящих теорий лечения не было, никто даже не пытался его объяснить; психиатрия представляла собой корпус маневров, тактик, жестов, действий, вызываемых ответных реакций, традиция которых поддерживалась больничной практикой, медицинским преподаванием; всего-навсего опорными точками для этой традиции служили наблюдения, одно из самых пространных в числе которых я вам привел. Корпус тактик, стратегическая система — вот все, что можно сказать о методе лечения безумцев в середине XIX века.

Также следует сказать о больничной тавтологии — в том смысле, что врач оснащает самого себя посредством диспозитива лечебницы рядом инструментов, призванных прежде всего предписывать реальность, интенсифицировать реальность, снабжать реальность властным дополнением, позволяющим ей атаковать и укрощать безумие, а значит — управлять, руководить им. В числе властных дополнений, предоставляемых реальности лечебницей, следует назвать дисциплинарный дисбаланс, императивное употребление языка, организацию скудости и внушение потребностей, предписание стандартной идентичности, в которой больной должен узнать себя, и дегедонизацию безумия. При помощи этих мер благодаря лечебнице и самому процессу больничного функционирования реальность, как предполагается, и овладевает безумием. Однако понятно — в этом-то, собственно, и заключена тавтология, — что все это: дисбаланс власти, императивное употребление языка и т. д. — суть не просто властное дополнение к реальности, но вполне реальная форма этой реальности. Приспособиться к реальности [...*], захотеть вновь обрести разум — как раз и означает принять эту власть, считаемую непреодолимой, и отвергнуть всесилие безумия. Перестать быть безумцем — значит покориться, согласиться зарабатывать на свою жизнь, отождествиться с предложенной вам биографической идентичностью, прекратить наслаждаться своей болезнью. Таким образом, как вы видите, орудие излечения безумия, властное дополнение к реальности, с помощью которого она может безумие победить, оказывается одновременно критерием

* В магнитной записи лекции: отвергнуть всесилие безумия.

выздоровления, орудием, помогающим исцелиться. Больничная тавтология заключена в том, что больница — это и средство интенсификации реальности, и сама реальность в ее безжалостной власти; больница — это медицинским образом сконцентрированная реальность, медицинское действие, медицинское власть-знание, исключительная функция которого — быть проводником реальности как таковой.

Игра властного дополнения к реальности, всецело исчерпывающегося репродукцией самой этой реальности внутри лечебницы, — вот что такое больничная тавтология. Теперь вы понимаете, почему медики рассматриваемого периода, с одной стороны, говорили, что лечебница должна быть наглухо отрезана от окружающего мира, что больничный мир безумия должен быть миром совершенно специализированным и полностью подлежащим медицинской власти, определяющейся чистой компетенцией знания, имея таким образом в виду конфискацию больничного пространства в пользу медицинского знания; а с другой — что общие характеристики лечебницы должны как можно больше походить на обычную жизнь, что вообще лечебницы должны напоминать колонии, мастерские, школы, тюрьмы, что, иными словами, специфика лечебницы как раз и состоит в точном подобии тому, от чего она отграничена той самой линией, что разделяет безумие и не-безумие. Больничная дисциплина есть одновременно форма и сила реальности.

И наконец, последнее, на чем я хотел бы заострить ваше внимание, чтобы затем вернуться к этой теме вновь: рассматривая лечение, подобное терапии Лере, в подробностях, — разумеется, с учетом того, что Лере оставил наиболее совершенное свидетельство о лечении такого рода, — перечисляя его эпизоды, ничего не добавляя к собственным словам врача, зная, что Лере не подвергал свои заключения никакой теоретической разработке, все равно отмечаешь использование целого ряда понятий. Вот они: власть врача, язык, деньги, потребность, идентичность, удовольствие, реальность и детское воспоминание. Все эти понятия неотъемлемо присущи больничной стратегии; пока они — не более чем ее опорные точки. В дальнейшем же, как вы знаете, им суждена впечатляющая судьба: вы обнаружите их в абсолютно внебольничном или, во всяком случае, программно

внепсихиатрическом дискурсе.* Однако прежде чем приобрести этот статус объектов или концептов, они встречаются нам и в этом замедленном представлении, которое дает нам случай г-на Дюпре, в качестве тактических опорных точек, стратегических элементов, маневров, намерений, узлов в сети отношений между больным и больничной структурой.

Далее мы рассмотрим то, как постепенно они обособливались, чтобы затем войти в дискурс иного типа.

Примечания

[1] Применение опиатов, препаратов на основе опиума, способных, как считалось, прерывать приступы бешенства и приводить в порядок мысли, проповедовали в Европе, в противовес слабительным и кровопусканиям, Жан-Батист Ван Эльмон (1577—1644) и Томас Сайденхем (1624—1689). Их использование в лечении безумия «маниакальной» или «буйной» форм началось в XVIII веке. См.: [a] Филипп Эке (1661—1737): *Hecquet Ph.* Réflexions sur l'usage de l'opium, des calmants et des narcotiques pour la guérison des maladies. Paris: G. Cavelier, 1726. P. 11; [b] *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés. T. I. Livre IV: «Средства управления центральной нервной системой. Опиум». P. 345—353. См. также размышления М. Фуко на эту тему в книге: *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 316—319.

В XIX веке Жозеф Жак Моро де Тур (1804—1884) пропагандировал применение опиатов в лечении мании: «Опиаты (опиум, дурман, белладонна, белена, волчий корень и т. д.) являются превосходным средством подавления постоянного возбуждения у маньяков и периодических приступов ярости у мономанов» (*Moreau de Tours J. J.* Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Ghéel // Annales médico-psychologiques. T. V. Mars 1845. P. 271). Ср.: [a] *Michéa Cl.* [1] De l'emploi des opiacés dans le traitement de l'aliénation mentale (выдержка публиковалась в Union médicale от 15 марта 1849 г.). Paris: Malteste, 1849; [2] Recherches expérimentales sur l'emploi des principaux agents de la médication stupéfiante dans le traitement de l'aliénation mentale. Paris: Labé, 1857; [b] *Legrand du Saulle H.* Recherches cliniques sur le mode d'administration de l'opium dans la manie // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. V. Janvier 1859. P. 1—27; [c] *Brochin H.* Maladies nerveuses (§ «Наркотики») // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. XII. Paris: Masson / Asselin, 1877. P. 375—376; [d] *Fonssagrives J.-B.* Opium // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. XVI, Paris, 1881. P. 146—240.

[2] Лауданум, препарат, в котором опиум комбинировался с другими ингредиентами, особенно распространившийся как «лауданум Сайденхема», или «сборное опийное вино», использовался в лечении пищеварительных расстройств, нервных болезней и истерии. См. о нем: *Sydenham Th.* Observationes Medicae (1680) // Opera Omnia. T. I. Londres: W. Greenhill, 1844. P. 113. Ср. также: Dictionnaire encyclopédique des science médicales. 2 série. T. II. Paris: Masson / Asselin, 1876. P. 17—25.

[3] После Пинеля, провозгласившего «острую необходимость в жестком служебном уставе [лечебницы]» (*Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie [раздел V «Общая полиция и постоянный служебный устав в лечебницах для душевнобольных»]. P. 212), алиенисты неустанно подчеркивали важность порядка. Вот, например, слова Ж.-П. Фальре: «Что мы видим в нынешних лечебницах? Мы видим строгое соблюдение необходимого порядка, который определяет назначение каждого времени суток и заставляет больных умерять беспорядочность своих наклонностей, повинуясь правилам, общим для всех. Они вынуждены следовать внешней для них воле и постоянно превозмогать себя, чтобы избежать наказаний, предусмотренных за нарушение распорядка» (*Falret J.-P.* Du traitement général des aliénés [1854] // Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. P. 690).

[4] Режим питания имел особое значение и как элемент ежедневной организации времени в лечебнице, и как фактор, способствующий выздоровлению. Так, Франсуа Фодере называл пищевые продукты «важнейшими лекарствами» (*Fodéré F.* Traité du délire. T. II. P. 292). Ср.: [a] *Daquin J.* La Philosophie de la folie // Rééditée avec une présentation de Cl. Quétel. Paris: Éditions Frénésie (coll. «Insania»), 1987. P. 95—97; [b] *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale... T. II (Книга 16. «Режим питания, который следует соблюдать душевнобольным»). P. 139—152.

[5] Труд, ключевой элемент морального лечения, рассматривался психиатрами в двойной перспективе: с терапевтической точки зрения, как способствующий изоляции, и с дисциплинарной точки зрения, как способствующий порядку. См. об этом: [a] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. Section V. § XXI «Основополагающий закон всякой лечебницы для душевнобольных, закон физического труда»: «Регулярный труд нарушает порочный круг идей, укрепляет способности к здравомыслию, подвергая их тренировке, и оказывается единственным, что способно поддерживать порядок в сообществе душевнобольных, обеспечивать через множество мелких и зачастую несущественных пра-

* В подготовительной рукописи к лекции М. Фуко добавляет: там-то их и найдет Фрейд.

вил внутреннюю полицию» (p. 225); [b] *Bouchet C.* Du travail appliqué aux aliénés // Annales médico-psychologiques. T. XII. Novembre 1848. P. 301—302; [c] *Calvet J.* Sur les origines historiques du travail des malades dans les asiles des aliénés // Thèse de médecine. Paris, 1952. Мишель Фуко ссылается на эту работу в «Истории безумия»: *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 505—506.

[6] Канонизировал душ, описав его как орудие лечения и вместе с тем усмирения, Ф. Пинель. См.: *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: Caille et Ravier, 1809. P. 205—206. Ср. также: [a] *Girard de Cailleux H.* Considérations sur le traitement des maladies mentales // Annales médico-psychologiques. T. IV. Novembre 1844. P. 330—331; [b] *H^le Rech* (de Montpellier). De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales // Annales médico-psychologiques. T. IX. Janvier 1847. P. 124—145; однако особое значение имело использование душа в практике Франсуа Лере: [c] *Leuret F.* Le Traitement moral de la folie. Chap. 3. § «Душ и холодные обливания». P. 158—162; ср. (с. 171—193) пример лечения г-на Дюпре, о котором М. Фуко говорит в кн.: *Foucault M.* [1] Maladie mentale et Psychologie. Paris: Presses universitaires de France, 1962. P. 85—86; [2] Histoire de la folie... P. 338, 520—521; [3] L'eau et la folie // DE. I. N 16. P. 268—272; [4] Sexuality and Solitude // London Review of Books. 21 mai—5 juin 1981. P. 3, 5—6 (воспроизводится в кн.: *Foucault M.* DE. IV. N 295. P. 168—169).

[7] «Кресло-качалка», введенное в больничную практику английским врачом Эрасмусом Дарвином (1731—1802), применялось в лечении безумия Мейсоном Коксом, который подчеркивал его эффективность: «Я считаю, что его [кресло-качалку] можно использовать как в духовных, так и в физических целях; оно приносит успех и как успокоительное средство, и как орудие дисциплины, внушая больному мягкость и покорность» (*Cox M.* Observations sur la démence. P. 58). Ср.: [a] *Amard L.* Traité analytique de la folie et des moyens de la guérir. Lyon: Impr. de Ballanche, 1807. P. 80—93; [b] *Guislain J.* [1] Traité sur l'aliénation mentale... T. I. Livre IV; [2] Moyens dirigés sur le système nerveux cérébral. De la rotation. Amsterdam: Van der Hey, 1826. P. 374, 404; [c] *Buvat-Pochon C.* Les Traitements de choc d'autrefois en psychiatrie. Leurs liens avec les thérapeutiques modernes // Th. Méd. Paris. N 1262. Paris: Le François, 1939. См. также: *Foucault M.* Histoire de la folie... P. 341—342.

[8] Лере еще при жизни вынужден был защищаться от нападок критиков, называвших его практику, по его собственным словам, «устаревшей и опасной» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 68). Его главным оппонентом выступал Э. С. Бланш, см.: *Blanche E. S.* [1] Du danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie. Paris: Gardembas, 1839 (доклад, прочитанный в Королевской академии медицины);

[2] De l'état actuel du traitement de la folie en France. Paris: Gardembas, 1840. Отголоски этой полемики чувствуются и в некрологах медику: [a] Trélat U. Notice sur Leuret // Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Vol. 45. 1851. P. 241—262; [b] *Brierre de Boismont A.* Notice biographique sur M. F. Leuret // Annales médico-psychologiques. 2 série. T. III. Juillet 1851. P. 512—527.

[9] Речь идет о наблюдении XXII «Носители воображаемых титулов и достоинств» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 418—462).

[10] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 421—424.

[11] Ibid. P. 429.

[12] *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. Section II. § IX. P. 61: «Устрашайте душевнобольного, не применяя при этом никакого насилия».

[13] *Esquirol J. E. D.* De la folie (1816) // Des maladies mentales... T. I. P. 126.

[14] См. выше, прим. 3. Уже для Ж. Гислена таково было одно из преимуществ «изоляции в лечении умопомешательства»: «Душевнобольного надо заставить испытывать чувство зависимости [...], силой навязать ему внешнюю волю» (*Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale... T. I. P. 409).

[15] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 422: «Дюпре — это условное имя, имя-инкогнито; подлинное же его имя, как мы знаем, — Наполеон».

[16] Ibid. P. 423: «Отличительным признаком его принадлежности к алкионам является способность бесконечно вкушать любовные удовольствия».

[17] Ibid. P. 423: «Он единственный во всей лечебнице — мужчина; все остальные — женщины».

[18] *Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie... P. 284.

[19] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 429.

[20] Ibid. P. 430.

[21] Ibid.

[22] Ibid. P. 422.

[23] Ibid. P. 431.

[24] Ibid.

[25] Ibid. P. 432.

[26] Ibid. P. 422.

[27] Ibid. P. 432.

[28] Так, Лере дает следующее определение своему лечению: «Я разумею под ментальным лечением безумия рассчитанное использование всякого рода средств, действующих непосредственно на интеллект и страсти душевнобольных» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie... P. 156).

[29] *Falret J.-P.* Du traitement général des aliénés. P. 690.

[30] *Esquirol J. E. D.* De la folie. P. 126.

[31] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie... P. 424.

[32] Ibid. P. 424.

[33] Ibid. P. 435.

[34] Ibid.

[35] Мишель Фуко ссылается на отношение «деньги—экскременты», занимающее значительное место в психоаналитической литературе. Впервые отмеченное Фрейдом в письме к Флиссу от 22 декабря 1897 г. (см.: *Freud S.* La Naissance de la psychanalyse. Lettres a Wilhelm Fliess [1887—1902] / Trad. A. Berman. Paris: Presses universitaires de France, 1956. P. 212), это символическое отношение было развито в теории анального эротизма. См.: *Freud S.* [1] Charakter und Analerotik (1908) // Freud S. Gesammelte Werke. T. VII. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1941. P. 201—209 (trad. fr.: Caractère et érotisme anal / Trad. D. Berger, P. Bruno, D. Guérineau, F. Oppenot // Freud S. Névrose, Psychose et Perversion. Paris: Presses universitaires de France, 1973. P. 143—148); [2] Über Triebumsetzung insbesondere der Analerotik (1917) // Freud S. Gesammelte Werke. T. X. 1946. P. 401—410 (trad. fr.: Sur les transpositions des pulsions, plus particulièrement dans l'érotisme anal / Trad. D. Berger // Freud S. La Vie sexuelle. Paris, Presses universitaires de France, 1969. P. 106—112). См. также: *Borneman E.* Psychoanalyse des Geldes. Eine kritische Untersuchung psychoanalytischer Geldtheorien. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1973 (trad. fr.: *Borneman E.* Psychanalyse de l'argent. Une recherché critique sur les theories psychanalytique de l'argent / Trad. D. Guérineau. Paris: Presses universitaires de France, 1978).

[36] *Ferrus G.* Des aliénés. Considérations sur l'état des maisons qui leur sont destinées, tant en France qu'en Angleterre; sur le régime hygiénique et moral auquel ces maladies doivent être soumis; sur quelques questions de medicine légale et de legislation relatives à leur état civil. Paris: Impr. de M[me] Huzard, 1834. P. 234.

[37] Ibid. P. 234.

[38] См. выше: с. 144, примеч. 18.

[39] История «Фермы Св. Анны» восходит к 1651 г., когда Анна Австрийская пожаловала землю для строительства заведения для приема больных в случае эпидемии. Незастроенные участки этой территории впоследствии использовались для земледелия. В 1833 г. Гийом Феррюс (1784—1861), главный врач лечебницы Бисетр, решил приспособить их для труда выздоравливающих и неизлечимых больных из трех отделений приюта. Наконец, решением комиссии, учрежденной 27 декабря 1860 г. префектом Османом с целью «подготовки необходимых мер для улучшения и реформирования службы помощи душевнобольным департамента Сены», ферма была упразднена. Лечебница, строительство которой началось в 1863 г. согласно планам, разработанным под руководством Жирара де Кайё, открыла свои двери 1 мая 1867 г. См.: *Guestel Ch.* Asile d'aliénés de Sainte-Anne a Paris. Versailles: Aubert, 1880.

[40] Анои Жирар де Кайё (1814—1884) исполнял обязанности главного врача и директора лечебницы для душевнобольных в Оксерре с 20 июня 1840 г. до назначения в 1860 г. на пост генерального инспектора Службы душевнобольных департамента Сены. Приводимая М. Фуко цитата взята из его статьи: *Girard de Cailleux H.* De la construction et de la direction des asiles d'aliénés // Annales d'hygiène publique et de medicine légale. T. 40. I partie. Juillet 1848. P. 30.

[41] *Belloc H.* Les Asiles d'aliénés transformés en centres d'exploitation rurale, moyen d'exonérer en tout ou en partie les départements des dépenses qu'ils font pour leur aliénés, en augmentant le bien-être de ces maladies, et en les rapprochant des conditions d'existence de l'homme en société. Paris: Béchet Jeune, 1862. P. 15.

[42] М. Фуко имеет в виду несколько пассажей из предыдущих лекций: (1) в лекции от 7 ноября 1973 г. он говорит о том, что терапевтическая деятельность врача не подкрепляется «никаким дискурсом истины» (см. выше: с. 24); (2) в лекции от 14 ноября речь заходит о подавлении «в психиатрической практике, сложившейся в начале XIX века» «функции истины», характеризующей «протопсихиатрию» (см. выше: с. 51—52); (3) в лекции от 12 декабря делается вывод о том, что в рамках психиатрической власти никогда не поднимался вопрос об истине (см. выше: с. 159—160).

[43] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 423, 435—436.

[44] Ibid. P. 438.

[45] Ibid. P. 439.

[46] Ibid. P. 440.

[47] Ibid. P. 440—442.

[48] Ibid. P. 444.

[49] Ibid.

[50] Ibid. P. 444—445.

[51] Ibid. P. 441—442.

[52] *Leuret F.* Fragments psychologiques sur la folie. P. 121—124.

[53] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 449—450.

[54] Ibid. P. 449.

[55] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 451.

[56] Ibid. P. 425: «Он не помышляет о том, чтобы выйти из лечебницы, и не боится лечебных мер, которыми ему угрожают или которым его действительно подвергают».

[57] Ibid. P. 426: «Ему прикладывали один раз ко лбу и два раза к затылку раскаленный на огне железный прут».

[58] Ibid. P. 429: «После этого он спросил меня, идет ли речь о его лечении; если да, то он был готов согласиться на все, чего я от него потребую».

[59] Ibid. P. 430.

[60] Ibid. P. 453: «Он допустил в коротком письме двенадцать орфографических ошибок, и ему не оставалось ничего лучшего, чем отказаться от притязаний на место корректора...»

[61] Ibid. P. 454: «Я позволял решениям вызреть в его душе; г.-н Дюпре сопротивлялся изо всех сил, и затем, когда он чувствовал себя окончательно подавленным, я приходил ему на помощь и выступал в роли советчика».

[62] Ibid. P. 461.

Лекция от 9 января 1974 г.

Психиатрическая власть и практика «руководства». — Обыгрывание «реальности» в лечебнице. — Лечебница как пространство, определенное медициной, и вопрос о его медицинском / административном руководстве. — Марки психиатрического знания: а) техника опроса; б) игра лечения и наказания; в) клиническая презентация. — «Микрофизика власти» в лечебнице. — Возникновение пси-функции и невропатологии. — Три судьбы психиатрической власти.

Как я попытался показать, психиатрическая власть в ее одновременно архаической и элементарной форме, какою она функционировала в протопсихиатрии первых трех или четырех десятилетий XIX века, действовала главным образом как властное дополнение к реальности.

Это означает, что психиатрическая власть, не будучи еще лечением, терапевтическим вмешательством, является прежде всего управленческой, административной деятельностью; это некоторый режим — или, точнее говоря, поскольку это режим, от него ожидают ряда терапевтических эффектов; это режим изоляции, регулярности, это распорядок дня, это продуманная система скудостей, это обязанность трудиться и т. п.

Психиатрическая власть — режим, но вместе с тем, и я хотел бы подчеркнуть это, она является борьбой с безумием в представлении, которое, как мне кажется, сформировалось о нем в XIX веке, с безумием — вопреки всем проводившимся тогда нозографическим анализам и описаниям — как волей, беспредельной волей к неповиновению. Даже бред трактуется как стремление верить в свой бред, настаивать на нем, и в сердцеви-

не этого утверждения бреда усматривается воля, которая и становится мишенью борьбы, что пронизывает, вдохновляет весь процесс осуществления психиатрического режима от начала и до конца.

Следовательно, психиатрическая власть — это усмирение, стремление подчинить, и мне даже кажется, что наилучшим образом характеризует эту работу психиатрической власти одно слово, встречающееся во множестве медицинских текстов от Пинеля до Лере,[1] едва ли не самый частый в них термин: я имею в виду понятие «руководства», как нельзя точнее выражающее эту двойственную практику режима и усмирения, регулярности и борьбы. Полезно было бы проследить историю этого понятия, ибо возникло оно отнюдь не в психиатрии и принесло с собой в XIX век шлейф коннотаций, связанных с религиозной практикой. На протяжении трех-четырех предшествующих столетий выражением «руководство совестью» определялось особое поле техник и вместе с тем объектов.[2] Некоторые из этих техник и объектов оказались вместе с принципом руководства перенесены в область психиатрии. Впрочем, повторюсь, это материал для целой истории. Но так или иначе, религиозный след налицо: психиатр выступил руководителем работы больницы и наставником индивидов.

Чтобы обозначить не просто существование этой практики, но и ее ясное осознание самими психиатрами, я приведу вам слова, сказанные в 1861 году директором лечебницы Сент-Ион: «В руководимой мною больнице я ежедневно хвалю, поощряю, порицаю, предписываю, принуждаю, угрожаю и наказываю. Почему? Неужели я сам не в своем уме? Но все, что я делаю, делают и все без исключения мои коллеги, ибо это следует из природы вещей».[3]

Какова цель этого «руководства»? Этим мы завершили предыдущую лекцию, и, по-моему, его цель — придать реальности принудительную власть. Что означает сразу две вещи.

Во-первых, реальность нужно в некотором роде сделать неизбежной, обязательной, ее нужно привести в действие как власть, наделить силовым дополнением, которое позволит ей совладать с безумием, а также дополнительной проникающей способностью, чтобы она добралась до этих беглецов, уклоняющихся от нее индивидов, какими являются безумцы. Таким образом, необходимо дополнить реальность.

А во-вторых, власть, действующая внутри больницы, должна заработать как просто-напросто власть самой реальности. Что, собственно, стремится осуществить внутрибольничная власть, какою она действует в своем искусственном пространстве, и к чему она, как власть, апеллирует? Она апеллирует к реальности. Так, мы обнаруживаем принцип, согласно которому лечебница должна функционировать как закрытая и совершенно неподвластная какому-либо влиянию семьи и т. п. среда. Иными словами, в ней действует абсолютная власть. Однако в то же время эта полностью отрезанная от внешнего мира лечебница призвана репродуцировать реальность. Пусть ее здания как можно точнее повторяют обычные жилые дома, пусть отношения между людьми в ней напоминают сосуществование горожан, пусть в ней действует общая для всех обязанность трудиться, пусть в ней будет воссоздана система потребностей и экономии. В лечебнице воспроизводится система реальности, и в стремлении одновременно придать реальности власть и основать эту власть на реальности заключена больничная тавтология.

Но если всмотреться пристальнее, что на самом деле проводится в лечебнице под именем реальности? Чему придается власть? Что, собственно, пускают в ход в качестве реальности? Чему сообщается властное дополнение и на какого рода реальности основывается больничная власть? Вот в чем вопрос, и чтобы немного прояснить его, в прошлой лекции я предпринял пространный анализ лечения, которое кажется мне очень характерным свидетельством о функционировании психиатрической терапии.

Полагаю, мы можем довольно точно выяснить, каким образом вводится и осуществляется внутри лечебницы игра реальности. Я вкратце подытожу то, что в общем и целом напрашивается само собой. Итак, что следует считать реальностью в рамках «морального лечения» вообще и у Лере в частности?

Во-первых, волю другого. Реальность, в которую погружают больного, к которой должно обратиться его внимание, рассеянное волей к неповиновению, и которой в итоге он должен покориться, — это прежде всего другой, другой как источник воли, как очаг власти, как обладатель — сейчас и всегда — власти, превосходящей безумца. Властное преимущество — по другую сторону: другой всегда облечен властью, большей по

сравнению с властью безумца. Таково первое ярмо реальности, которой нужно подчинить больного.

Во-вторых, его подчиняют и реальности иного типа, налагают иное ярмо. И оно выражается в пресловутом внушении имени, прошлого, в обязательности анамнеза: вспомните [о том, как] Лере заставлял больного рассказывать свою жизнь под угрозой восьми ведер воды — и добивался-таки своего.[4] Выходит, больному предписывают также реальность имени, идентичности, прошлого, биографии, излагаемой им от первого лица и, таким образом, признаваемой в рамках ритуала, напоминающего исповедь.

Третья реальность — это реальность болезни, а если выразиться точнее, — это двусмысленная, противоречивая, головокружительная реальность безумия, поскольку, с одной стороны, душевное лечение всегда стремится убедить больного, что его безумие — действительно безумие, что он в самом деле болен, и тем самым заставить его отказаться от всех проявлений отрицания своего безумия, согласиться с неопровержимостью его реальной болезни. Но с другой стороны, то же лечение доказывает больному, что внутри его безумия скрывается не болезнь, а заблуждение, злость, невнимательность или тщеславие. Лере постоянно — вспомните вновь лечение г-на Дюпре — требует от своего больного признать, что ранее он находился в Шарантоне, а не в собственном замке Сен-Мор,[5] что он действительно болен, что по своему положению он — больной. И безумец должен покориться этой истине.

Причем, ставя Дюпре под душ, Лере говорит ему: это не для того, чтобы лечить тебя как больного; я делаю это, потому что ты зол, потому что тобой владеет совершенно недопустимое стремление.[6] И вспомните, как далеко Лере заходит в этой своей тактике: он даже выписывает больного из лечебницы, лишь бы тот не получал удовольствия от своей болезни, находясь там, лишь бы он не культивировал в стихии лечебницы свои симптомы. Таким образом, чтобы лишить болезнь ее статуса болезни и воспользоваться всеми выгодами такого положения, нужно вытравить из болезни подстегивающее ее дурное стремление. Нужно одновременно предписывать реальность болезни и предписывать осознанию болезни реальность неболезненного желания, которое ее направляет и, собственно, является самым ее корнем. Вокруг реальности и ирреальности болезни, вокруг реальности нереальности безумия и сосредоточена тактика Лере, и это третье ярмо реальности, которое налагают на больных в процессе душевного лечения.

И наконец, четвертую форму реальности составляет совокупность техник, касающихся денег, потребностей, необходимости работать, куда входит также целая система обменов и выгод, обязанность удовлетворять свои потребности и т. д.

Эти четыре элемента — воля другого, то есть недвусмысленно отдаваемая другому сверхвласть; ярмо идентичности, имени и биографии; нереальная реальность безумия и реальность желания, конституирующая реальность безумия и уничтожающая его в качестве безумия; реальность потребностей, обмена и труда, эти своеобразные нервюры реальности, выстраиваемые в лечебнице и выступающие внутри нее узловыми точками больничного режима, как раз и позволяют выработать тактику больничной борьбы и больничной власти, а действие этой власти в свою очередь направлено на представление этих реальностей в качестве собственно реальности, действительности.

Мне кажется, что само наличие этих четырех элементов реальности или предпринимаемая больничной властью фильтровка реальности с целью пропустить в лечебницу исключительно их очень важны по нескольким причинам.

Прежде всего потому, что эти четыре элемента вводят в психиатрическую практику ряд вопросов, которые будут заявлять о себе на всем протяжении истории психиатрии. Во-первых, вопрос о зависимости, о подчинении больного врачу как обладателю некоторой неумолимой власти. Во-вторых, вопрос о признании или, точнее говоря, практику признания, анамнеза, рассказа, узнавания себя. В-третьих, принцип поиска во всяком безумии скрытого и недопустимого желания, которым и обусловлено его реальное существование в качестве безумия. И наконец, в-четвертых, проблему денег, денежной компенсации, признания и удовлетворения безумцем собственных потребностей: каким образом, находясь внутри безумия, установить систему обмена, посредством которой он сможет сам обеспечивать свою жизнь безумца? Все эти темы уже намечаются, и в довольно-таки точных контурах, в техниках протопсихиатрии.

Но перечисленные элементы важны не только этими техниками, не только заложенными в историю психиатрии, в корпус ее

практик, проблемами, [но также и]* тем, что за ними вырисовывается грядущий облик исцеленного индивида. Что такое вылечившийся безумец? Это больной, который принял на себя четыре описанных выше ярма: зависимость, признание, недопустимость желания и потребность в деньгах. А выздоровление — это идущий в больнице процесс ежедневного, непосредственного физического подчинения, который конституирует носителя четвероякой реальности в качестве вылечившегося индивида. Эта четвероякая реальность, носителем, то есть получателем которой индивид должен стать, включает закон другого, недопустимость желания, самоидентичность и включение потребностей в экономическую систему — эти элементы по их действительном приобретении пациентом, собственно, и квалифицируют его как вылечившегося индивида. Такова четвероякая система приспособления,** которая сама по себе, самим своим осуществлением излечивает, восстанавливает человека.

Теперь же я перейду к другой серии выводов, которым хотелось бы посвятить более подробный обзор; именно они будут предметом дальнейших лекций. Описанное четвероякое подчинение осуществляется в дисциплинарном пространстве и благодаря ему. Поэтому то, что я до настоящего момента говорил вам о лечебнице, с минимальными поправками можно было бы сказать и о казармах, школах, сиротских приютах, тюрьмах и т. д. Однако между этими учреждениями или институтами и лечебницей есть существенное различие. Заключается оно, разумеется, в том, что лечебница — это пространство, определенное медициной.

Когда я рассматривал общий режим лечебницы, технику борьбы или властное дополнение, даваемое реальности в рамках этой внутрибольничной борьбы, как все это в конечном счете относилось к медицине? Зачем понадобился для этих мер врач? О чем вообще свидетельствует медицинское определение больницы? О чем говорит то, что в определенный момент, а именно в начале XIX века, место содержания безумцев потребовалось вдруг сделать не просто дисциплинарной инстанцией, но к тому

* В магнитной записи лекции: что не менее важно.

** В подготовительной рукописи вместо «система приспособления» сказано «система подчинения».

же и инстанцией медицинской? Иными словами, почему для передачи реальности властного дополнения потребовался врач?

До конца XVIII века, как известно, места содержания безумцев, дисциплинаризации сумасшедших не были медицинскими — ни Бисетр,[7] ни Сальпетриер,[8] ни Сен-Лазар,[9] ни даже Шарантон,[10] хотя приют в последнем городе в отличие от других специально предназначался для лечения душевнобольных. Ни одно из этих учреждений не считалось медицинским; конечно, в них служили медики, но на них возлагались функции обычных врачей — они осуществляли действия, обусловленные состоянием заключенных и требованиями лечения. Исцеление же безумия как такового ожидалось не от врача, а если его и привлекали для этого, то не в качестве врача; обеспечиваемое религиозным персоналом управление, предписываемая индивидам дисциплина для решения доверенной им задачи, то есть исцеления, не нуждались в санкции медицины.

Такое положение, вполне отчетливое в конце XVIII века, в самые последние годы столетия пошатнулось, а в XIX веке повсеместно уступило место, с одной стороны, мнению о том, что безумцам нужно руководство, режим, а с другой — парадоксальному и, в общем, не предполагающемуся первым утверждению, что руководство это должен осуществлять медицинский персонал. Чем же было вызвано это требование медикализации, причем именно тогда, когда дисциплина, о которой я говорил вам до этого, подверглась переопределению? Значит ли оно, что лечебница стала в этот момент местом осуществления медицинского знания? Должно ли было руководство безумцами диктоваться отныне знанием об умственной болезни, ее анализом, нозографией или этиологией?

Я так не думаю. Мне кажется, можно с уверенностью сказать, что в XIX веке, с одной стороны, шла эволюция нозологии, этиологии умственных болезней, велись патолого-анатомические изыскания о возможных органических коррелятах безумия, а с другой — возникла целая система тактических методов руководства. Разрыв, несовпадение между, так сказать, медицинской теорией и фактической практикой руководства выразились в целом ряде явлений.

Прежде всего связь между индивидами, помещенными в лечебницу, и врачом как обладателем определенного знания,

способным приложить это знание к данному больному, была крайне слабой, даже, если угодно, совершенно случайной. Лере, который проводил длительные и трудные курсы лечения (один из них мы обсудили), говорил при этом, что в обычной больнице главный врач посвящает каждому больному в среднем 37 минут в год, а в некоторых лечебницах — вероятно, имеется в виду Бисетр — в лучшем случае 18 минут.[11] Понятно, что в такой ситуации связь между населением больницы и собственно медицинской техникой не могла не быть случайной.

Более основательное свидетельство о названном несовпадении дает, несомненно, то обстоятельство, что распределение больных, практиковавшееся в лечебницах первой половины XIX века, по сути не имело ничего общего с нозографической классификацией умственных болезней, находимой нами в теоретических текстах. Различия между манией и липоманией,[12] между манией и мономанией,[13] целый перечень разновидностей мании и слабоумия[14] — все это никак не отражалось на реальной организации лечебниц, не находило себе в них места. Напротив, в лечебницах вводились совершенно иные принципы подразделения: больных делили на излечимых и неизлечимых, на спокойных и буйных, на покорных и непокорных, на способных и неспособных к труду, на подлежащих и не подлежащих наказаниям, на требующих и не требующих постоянного или временного надзора. Именно таким делением, а вовсе не теми нозографическими рамками, что формировались в это время в теоретических трактатах, размечалось на практике внутрибольничное пространство.

О разрыве между медицинской теорией и больничной практикой говорит и то, что все лечебные меры, разрабатывавшиеся медицинской теорией, симптоматологической или патолого-анатомической аналитикой умственной болезни, очень быстро принимались к использованию не с терапевтической целью, но в рамках техники руководства. Вот что я имею в виду: такие меры, как душ, прижигание,[15] японское прижигание[16] и т. д., — все эти способы лечения первоначально рекомендовались исходя из некоторого представления об этиологии умственной болезни или о ее органических коррелятах, например из необходимости облегчить кровообращение, ослабить приток крови к той или иной части тела и т. п., но, будучи неприятными для больного

способами вмешательства, очень быстро входили в собственно директивную систему, в систему наказания. Вы знаете, что эта практика сохраняется до сих пор, и, например, именно таким образом используется электрошок.[17]

Выражаясь точнее, использование лечебных мер как таковое было продолжением больничной дисциплины на поверхности или внутри тела. Что, в сущности, значило прописать больному ванны? Да, на определенном теоретическом уровне это способствовало улучшению кровообращения; применение опиатов или эфира,[18] как это часто практиковалось в лечебницах 1840—1860-х годов, казалось, успокаивало нервную систему; но на самом деле всем этим просто продолжалась внутри тел пациентов система больничного режима, дисциплины, обеспечивался установленный в лечебнице покой. Нынешняя практика использования транквилизаторов аналогична. В больничном обиходе очень рано возникает своеобразная реверсия того, что медицинская теория определяет как возможный медикамент, в элемент дисциплинарного режима. Поэтому я не считаю возможным утверждать, что врач работал в лечебнице исходя из своего психиатрического знания. То, что преподносилось как психиатрическое знание, то, что формулировалось в теоретических работах по психиатрии, постоянно подхватывалось в слегка измененных формах реальной практикой, причем теоретическое знание никогда по-настоящему не вторгалось в собственно больничную жизнь. Так было в самые первые годы протопсихиатрии, но в очень значительной степени это относится и ко всей истории психиатрии вплоть до наших дней. Но в каком же тогда качестве работал врач, зачем нужен был врач, если разграничения, которые он устанавливал, описания, которые он составлял, меры, которые он назначал больным, основываясь на своем знании, на практике не применялись даже им самим?

Что означает медицинское определение больничной власти? Почему осуществлять ее должен был именно врач? Мне кажется, что медицинское определение лечебницы сводится главным образом к физическому присутствию там врача, к его всеприсутствию, или, другими словами, к уподоблению больничного пространства телу психиатра: лечебница — это удлиненное, увеличенное, расширенное до размеров целого учреждения тело врача, власть которого должна действовать так, как если

бы каждый участок здания был частью его самого, управляемой его собственными нервами. И это уподобление тела психиатра и пространства лечебницы выразилось в нескольких аспектах.

Во-первых, именно тело врача выступает первой реальностью, с которой встречается больной и через которую в известном смысле должны будут проходить на пути к нему все прочие элементы реальности. Вспомните сцены, упоминавшиеся мною в начале курса: всякая терапия начинается с появления психиатра собственной персоной, который вырастает перед больным либо сразу в день его поступления, либо в день начала лечения, и самой своей статью, весомостью, пластикой — четко оговаривается, что тело его должно быть лишено недостатков — внушает безумцу трепет. Его тело преподносится больному как реальность — или же как проводник всех прочих реальностей; и именно этому телу больной должен покориться.

Во-вторых, тело психиатра призвано присутствовать всюду. Архитектура лечебницы в том виде, в каком ее определили в 1840—1860-е годы Эскироль,[19] Паршапп,[20] Жирар де Кайё[21] и другие, всегда проектируется с расчетом на его виртуальное всепроникновение. Врачу нужно видеть все единым взглядом, за один обход отслеживать положение всех своих больных, ежеминутно иметь возможность полного обзора своего учреждения — больных, персонала, себя самого; он должен все видеть, и ему должны обо всем сообщать: то, что остается за пределами его зрения, передают ему безусловно преданные надзиратели, и таким образом он постоянно, в каждое мгновение находится во всех уголках лечебницы сразу. Он охватывает своим взором, слухом и жестикуляцией все больничное пространство.

И к тому же, в-третьих, тело психиатра должно быть напрямую связано со всеми звеньями администрации лечебницы: надзиратели — это, по сути, его продолжение, его руки или, как минимум, инструменты в его руках. Жирар де Кайё, неутомимый организатор всех лечебниц, строившихся в окрестностях Парижа после 1860 года,[22] писал: «Импульс, данный главным врачом, передается всем нижестоящим службам посредством иерархии; он — ее регулятор, а все его подчиненные — ее непременные детали».[23]

Обобщая, можно сказать, что тело психиатра — это и есть лечебница; ее машинерия и организм врача должны быть в идеале единым целым. Об этом говорил Эскироль в своем трактате «О душевных болезнях»: «Врач призван быть в некотором роде самым принципом жизни лечебницы для душевнобольных. Именно он приводит все в движение: руководит всеми действиями и стремится направлять все мысли. Именно к нему как к действующему центру больницы должно стекаться все, что как-либо связано с ее обитателями».[24]

Поэтому, полагаю, необходимость медицинского определения лечебницы, утверждения того, что она является медицинским учреждением, означает — таков первый компонент ее значения, — что больной должен оказаться перед в известном смысле вездесущим телом врача, а по большому счету и войти внутрь этого тела. Но почему, — спросите вы, — этим телом непременно должен быть врач? Почему эту функцию не может выполнить какой угодно директор? Почему это индивидуальное тело, которое становится властью и через которое проходит всякая реальность, непременно принадлежит врачу?

Эта проблема не раз поднималась, но, как ни странно, никогда не вызывала обстоятельной дискуссии. В текстах XIX века мы встречаем постоянное повторение в качестве принципа, аксиомы того, что руководить больницей должен врач, и если он не руководит ею от начала до конца, то она не выполняет и терапевтической задачи. И вместе с тем то и дело всплывает трудность в объяснении этого принципа, сомнение по поводу того, что, поскольку речь идет о дисциплинарном учреждении, возможно, в нем было бы достаточно хорошего администратора. В самом деле, имел место длительный конфликт между фигурой медицинского руководителя больницы, ответственного за лечение, и ее хозяйственным управляющим, ответственным за персонал, за слаженную работу и т. п. Уже Пинель колебался по этому поводу, говоря: вообще-то именно я должен лечить больных, но в конце концов Пюссен, который долгие годы служил в Бисетре сначала привратником, затем консьержем и надзирателем, — знает эту лечебницу не хуже меня, и я приобрел все свои познания, опираясь на его опыт.[25]

Это рассуждение в обобщенном виде обнаруживается на всем протяжении XIX века, и его сопровождает вопрос: кому же все-таки принадлежит первенство в управлении лечебницей — администратору или врачу? Врачи отвечают, и такое мнение

возобладало во Франции: разумеется, первым должен быть врач.[26] Именно врач несет ключевую ответственность, именно врачу надлежит руководить учреждением, а его первым помощником пусть будет заведующий — но под контролем и в известной степени под ответственностью врача — организацией работы и хозяйством. Почему именно врач? — Потому что он знает. Но ведь совсем не то, что он знает, совсем не его психиатрическое знание действительно применяется в рамках больничного режима, на практике используется им самим в руководстве больничной дисциплиной. Как же тогда можно говорить, что врач должен руководить лечебницей, поскольку он знает? В чем необходимость этого знания? Мне кажется, что необходимым для эффективной работы лечебницы и тем, что как раз и требует ее медицинского определения, является эффект дополнительной власти, даваемый не содержанием, а формальной маркой знания. Иначе говоря, медицинская власть — по необходимости медицинская власть — действует в лечебнице посредством марок, обозначающих наличие в ней знания, исключительно за счет игры этих марок и вне всякой зависимости от содержания этого знания.

Каковы эти марки? Как пользовались ими в протолечебнице начала XIX века и как их станут применять впоследствии? Приемы обращения с ними в организации и работе психиатрической больницы нетрудно перечислить.

Во-первых, Пинель писал: «Прежде чем расспрашивать больного, следует заранее изучить его личность: почему он поступил в лечебницу, чем обосновывалась жалоба на него, какова его биография; поговорите с его семьей или ближайшим окружением, чтобы при беседе с ним знать о нем больше, чем он сам, или по крайней мере больше, чем он может себе представить; когда он скажет неправду, вы сможете воспользоваться тем, что знаете больше него, и уличить его во лжи, в бреде [...]».[27]

Во-вторых, техника психиатрического опроса, выработанная, пусть и только практически, не столько Пинелем, сколько еще Эскиролем и его последователями,[28] вовсе не является средством получения неких недостающих сведений. Другими словами, если от больного и нужно получить путем опроса недостающие сведения, то никоим образом не нужно, чтобы больной понимал, что потребность в этих сведениях ставит врача в зависимость от него. Беседу надо вести так, чтобы больной не

говорил то, что хочет, а отвечал на вопросы.[29*] Отсюда — настоятельный совет: нельзя позволять больному вести рассказ, нужно прерывать его вопросами — предсказуемыми, похожими один на другой, и вместе с тем следующими в определенном порядке, поскольку они должны убеждать больного в том, что его ответы не информируют врача, а дают зацепки для его собственного знания, позволяют ему нечто объяснить для себя; пусть больной поймет, что каждый его ответ значит что-то в рамках области знания, всецело принадлежащей разуму врача. Опрос — это возможность исподволь подменить получаемые от больного сведения видимостью игры значений, дающей врачу подступ к нему.

В-третьих, для того чтобы выработать эти марки знания, позволяющие врачу исполнять функции врача, нужно организовать непрерывный надзор за больным, составить о нем всеобъемлющее досье; при общении с больным врач всегда должен иметь возможность показать, что знает, что больной делал, что он говорил накануне, какие провинности совершал и какие получал наказания. Нужно сформировать и предоставить врачу полный свод информации, сведений о пребывании больного в лечебнице.[30]

В-четвертых, следует соблюдать двойственность лечебных и воспитательных мер. Если больной совершил нечто недопустимое, его надо наказать, но при этом убедив в том, что наказывают его в силу терапевтической необходимости. Нужно уметь применять наказание как лекарство и, наоборот, назначая лекарство, основываться на благе для здоровья больного, но его уверять, что твоя единственная цель — причинить ему неприятность и наказать. Эта двойная игра лечения и наказания, обязательная в работе лечебницы, может вестись только при наличии человека, выступающего носителем истины о том, что — лекарство, а что — наказание.

И наконец, пятым и последним элементом, с помощью которого врач обозначает в лечебнице свое знание, является исклю-

* В подготовительной рукописи М. Фуко также упоминает опрос «безмолвного врача» и иллюстрирует его наблюдением Ф. Лере, изложенным в тексте «Частичное слабоумие депрессивного характера. Слуховые галлюцинации» (*Leuret F.* Fragments psychologiques sur la folie. Paris, 1834. P. 153).

чительно важная для всей истории психиатрии игра клиники. Клиника — это презентация больного в рамках инсценировки, где его опрос служит пособием для студентов и где врач играет двойную роль: того, кто задает больному вопросы, и того, кто произносит лекцию, — так что он одновременно и лечит, и держит ученую речь, является и врачом, и преподавателем. И [...] как можно убедиться, эта практика клиники установилась гораздо раньше больничной практики.

Эскироль начал проводить клинические практики в Сальпетриере с 1817 года,[31] а с 1830 года они регулярно проходили и в Сальпетриере,[32] и в Бисетре.[33] Каждый руководитель больницы, даже не будучи профессором, с 1830—1835 годов устраивал эти клинические презентации больных, соединявшие в себе медицинское обследование и публичную лекцию. В чем же заключена важность клиники?

Один из практиков этого метода, Жан-Пьер Фальре, оставил нам и его превосходную теорию. Почему же клинический метод следует использовать?

Прежде всего врач должен показать больному, что его, врача, окружают люди [и пусть людей этих будет как можно больше],* готовые его слушать, и что, следовательно, слова врача, возможно, оспариваемые больным, не удостаиваемые им внимания, все равно находят, в чем больной имеет случай убедиться, свою аудиторию, причем аудиторию почтительную и многочисленную. Эффект власти речи врача умножается наличием слушателей: «Присутствие широкой публики придает его словам бóльшую силу».[34]

Клиника также важна, поскольку она позволяет врачу не просто опросить больного, но и продемонстрировать ему, задавая вопросы и комментируя его ответы, что врач знает его болезнь, разбирается в ней, может о ней говорить и даже давать ее теоретическое изложение студентам.[35] Статус диалога с врачом меняется у больного на глазах, он понимает, что врач, говоря о нем, формулирует некую истину, разделяемую всеми.

Кроме того, важно, что клиника заключается не просто в особенно подробном опросе больного, но также в представлении студентам общего анамнеза данного случая. Поэтому врач

* В магнитной записи лекции: как можно более многочисленные.

предлагает пациенту рассказать обо всех обстоятельствах своей жизни, а если тот отказывается, берет этот труд на себя; затем начинается опрос, и в конечном итоге больной видит, как перед ним — с его помощью или даже без нее, если он предпочел замкнуться, — разворачивается его собственная жизнь, с реальными чертами болезни, ибо она действительно представлена как болезнь перед студентами, обучающимися медицине.[36]

Мало того, выполняя эту роль, соглашаясь выйти на сцену и вместе с врачом рассказывать о своей болезни, отвечать на вопросы, больной, согласно Фальре, ясно понимает, что доставляет врачу удовольствие, в известном смысле вознаграждает его за те страдания, которые врач из-за него претерпел.[37]

Четыре элемента реальности, о которых я говорил ранее, — власть другого, закон идентичности, признание безумия в самой его природе, в его скрытом желании, и вознаграждение, игра обменов, экономическая система, регулируемая деньгами, — теперь обнаруживаются и в клинике. Речь врача предстает здесь как носитель власти, большей в сравнении с речью кого-либо другого. Закон идентичности довлеет над больным, который вынужден узнать себя во всем, что о нем говорят, и также в анамнезе, составленном из обстоятельств его жизни. А отвечая при всех на вопросы врача, давая в конце концов признание в том, что он безумен, больной примиряется, соглашается в рамках клиники с тем, что в истоке его недуга лежит безумное желание. Наконец, он некоторым образом вступает в систему удовлетворений, компенсаций и т. д.

И вот мы видим, как основным проводником, а точнее важнейшим усилителем психиатрической власти, которая ранее была вплетена в повседневную жизнь лечебницы, становится обряд клинической презентации больного. Огромное институциональное значение клиники для обихода психиатрических больниц с 1830-х годов и доныне заключается в том, что благодаря ей врач становится обладателем истины. Техника признания и рассказа о себе является отныне институциональной обязанностью, реализация безумия становится необходимым этапом лечения, а больной в свою очередь включается в систему выгод и платы тому, кто о нем заботится.

Это превознесение марок знания в рамках клинической презентации позволяет окончательно уяснить себе их функциони-

рование. Именно марки знания, а не какое-либо научное содержание, позволяют психиатру-алиенисту работать в лечебнице в качестве врача. Именно марки знания позволяют ему осуществлять там абсолютную сверхвласть и в конечном итоге идентифицироваться с больничным телом. Именно марки знания позволяют ему определить лечебницу как своеобразное медицинское тело, исцеляющее больных своими глазами, ушами, словами, жестами и сочленениями. И наконец, именно марки знания позволяют психиатрической власти эффективно выполнять свою функцию интенсификации реальности. В клинической инсценировке, повторю, обыгрывается не содержание знания, а его марки, за которыми вырастают и приходят в действие те самые четыре ветви реальности, о которых я вам говорил: сверхвласть врача, закон идентичности, недопустимое желание безумия и закон денег.

Мне кажется, можно подвести следующий итог: идентификация тела психиатра и больничной территории, игра марок знания и четырех опосредуемых ими форм реальности свидетельствуют о формировании медицинской фигуры, находящейся на противоположном полюсе по отношению к фигуре хирурга, также совершенно новой и определяющейся в это же время. Хирургический полюс начал очерчиваться в медицинском мире XIX века в процессе развития патологической анатомии, начиная в общем и целом с работ Бишá.[38] И в этом случае врачи, с опорой на действительное содержание знания, сосредоточились на реальности болезни в теле пациента, причем пользуясь для устранения недуга собственными руками, собственным телом.

На другом же краю медицинской сферы возник психиатрический полюс, для которого характерен принципиально иной закон: опираясь на марки знания, квалифицирующие медицинский персонал, а отнюдь не на содержание этого знания, психиатрия приводит в действие больничное пространство — как тело, исцеляющее своим собственным присутствием, своими жестами, своей волей, и при посредстве этого тела сообщает властное дополнение четырем формам реальности.

В заключение хотелось бы отметить, что в XIX веке парадоксальным образом складывается пространство дисциплины, дисциплинарный диспозитив, отличающийся от всех прочих тем, что он отмечен медицинским определением. Причем эта медицинская маркировка, характеризующая больничное пространство в сравнении с другими дисциплинарными областями, ни в коей мере не подразумевает применения в лечебнице психиатрического знания, формулируемого в теории. Истинная ее цель — увязать между собой покорное тело безумца и институциализированное, расширенное до масштаба института тело психиатра и утвердить их связь. Лечебницу следует мыслить как тело психиатра; больничная институция есть не что иное, как совокупность норм, которые это тело осуществляет в отношении тела безумца, приведенного в лечебнице к покорности.

*

Таковы, на мой взгляд, фундаментальные особенности феномена, который я буду называть микрофизикой больничной власти, имея в виду взаимоотношения тела безумца и вышестоящего тела психиатра, которое доминирует, возвышается над первым и вместе с тем поглощает его. Эти взаимоотношения вкупе с их следствиями и характеризуют, как мне кажется, микрофизику психиатрической власти.

В связи с этим мы можем отметить три явления, которые в предстоящих лекциях я намерен проанализировать более подробно. Первое из них заключается в том, что протопсихиатрическая власть, которой я только что попытался дать определение, после 1850—1860-х годов и вследствие ряда процессов — к ним мы еще вернемся — существенно трансформируется; с новыми особенностями, с новыми задачами она продолжает действовать в лечебницах, но действует также и за их пределами. В 1840—1860-е годы происходит своеобразная диффузия, миграция психиатрической власти: она проникает в виде ряда институтов в другие дисциплинарные режимы, которые затем начинает, так сказать, дублировать. Иными словами, психиатрическая власть как тактика подчинения тела в рамках некоторой физики власти, как власть интенсификации реальности, как производство индивидов-получателей и индивидов-носителей реальности во всех этих качествах размножается.

Именно ее, как мне кажется, мы встречаем в обличье так называемых пси-функций: патологической, криминологической и т. д. Мы находим психиатрическую власть, то есть функцию интенсификации реального, всюду, где реальность необходимо привести в действие как власть. В школе, на фабрике, в тюрьме, в армии и т. д. появляются психологи, и они вмешиваются именно тогда, когда каждому из этих институтов приходится применить реальность как власть или представить осуществляемую ею власть как реальность. Так, например, школа обращается к помощи психолога, когда ей требуется утвердить в качестве реальности знание, которое дается, распределяется в ней и которое вдруг перестают принимать как реальное те, кому его предлагают. Психолог оказывается нужен школе, когда осуществляемая там власть перестает быть реальной властью и становится властью одновременно мифической и зыбкой, так что ее реальность требуется интенсифицировать. При этом двойном условии школьная психология необходима: она выявляет дифференциальные способности индивидов, исходя из которых те помещаются на определенный уровень в поле знания, словно это реальное поле, словно оно само по себе обладает принудительной властью, поскольку там, куда тебя поместили в этом определенном школьной институцией поле знания, ты и должен оставаться. Таким образом, знание функционирует как власть, и эта власть знания преподносится как реальность, внутри которой оказывается помещен индивид. В результате той манипуляции, которую проделывает школьная психология, индивид становится эффективным носителем реальности, причем при ближайшем рассмотрении реальности двойственной: это, с одной стороны, реальность его способностей, а с другой — реальность тех знаний, которые он способен приобрести. В точке стыковки двух этих «реальностей», определяемых школьной психологией, индивид, собственно, и возникает в качестве индивида. Подобного рода анализ может быть применен и к тюрьме, и к фабрике, и т. д.

Психологическая функция, всецело вышедшая, с исторической точки зрения, из психиатрической власти и рассеявшаяся по другим сферам, призвана прежде всего интенсифицировать реальность как власть и интенсифицировать власть, придавая ей статус реальности. Таков первый важный пункт, который я бы хотел акцентировать.

Но как произошла описанная диссеминация? Как случилось, что психиатрическая власть, столь тесно, казалось, сопряженная с больничным пространством, принялась ветвиться? И во всяком случае, каковы были посредники этого ветвления? Одного из этих посредников найти, по-моему, очень просто: важнейшим из них стала психиатризация ненормальных детей, а именно — идиотов. Именно после разделения пациентов лечебниц на безумцев и идиотов и начала складываться особая институция, где психиатрическая власть осуществлялась в той архаичной форме, которую я для вас описал.[39] И она оставалась столь же архаичной, как вначале, многие годы, почти целое столетие. В свою очередь на основе этой смешанной формы психиатрии и педагогики, на основе психиатризации ненормальных, идиотов, умственно отсталых и т. п. как раз и сложилась система диссеминации, позволившая психологии сделаться этим постоянным удвоением работы всех без исключения институций. Вот об этом — об организации, о проведении в жизнь психиатризации слабоумных я намерен поговорить с вами в следующий раз.

Но следует упомянуть и другие явления, вышедшие из протопсихиатрии. Вот еще одна серия таковых: если в рамках психиатризации идиотов описанная мною психиатрическая власть продолжает действовать без каких-либо сдвигов, то в лечебнице происходят коренные, фундаментальные перемены: идет двойной процесс, о котором (впрочем, как о всякой битве) очень трудно сказать, что было его началом, откуда исходил первый толчок и кто в итоге вышел победителем. Что это за два переплетенных между собой процесса?

Во-первых, это возникновение основополагающей для всей истории медицины неврологической, а если быть точным — невропатологической, оппозиции. Как только в области безумия начали выделять ряд расстройств, для которых можно достоверно установить неврологическую локализацию и невропатологическую этиологию, это позволило разделить действительно больных на уровне тела и тех пациентов, у которых никакой этиологической привязки к органическим нарушениям выявить не удается.[40] В связи с этим поднялась проблема обоснованности, подлинности умственной болезни; возникло сомнение — следует ли в конце концов рассматривать серьез-

но умственную болезнь, не имеющую анатомического коррелята?

И одновременно, как бы в ответ этому подозрению, выдвинутому в отношении всего мира умственных болезней неврологией, больные один за другим вовлекали психиатрическую власть в игру истины/лжи. На уверения психиатрической власти: я не более чем власть, и вы должны принимать мое знание только на уровне его марок, не ища каких-либо воздействий в его содержании, — больные отвечали игрой симуляции. Когда же врачи наконец предложили новый — невропатологический — объем знания, больные ответили им симуляцией другого рода — широко распространившейся в среде истериков симуляцией нервных болезней, таких как эпилепсия, паралич и т. п. Это постоянное соревнование между больными, которые то и дело заманивали медицинское знание в ловушку видимостью некой истины и обманными маневрами, и врачами, которые без устали стремились поймать больных в западню неврологического знания, патологических признаков серьезного медицинского знания, — эта игра, самая настоящая война врачей с больными, — пронизывает всю историю психиатрии XIX века.

Последним, на что мне хотелось бы сегодня указать, будет вопрос о том, каким образом за пределами больничного института оказались воссозданы те принципиальные элементы, что сформировались внутри психиатрической власти и послужили ей опорными точками. Я имею в виду элементы реальности: закон власти другого, особый статус речи врача, закон идентичности, обязательность анамнеза, стремление вытравить безумное желание, составляющее реальность безумия, проблема денег и т. д. Как эти элементы удалось возобновить, пустить в ход в рамках психоанализа — практики, которая преподносила себя как непсихиатрическая, но при анализе отдельных элементов которой выясняется, что они глубоко укоренены в психиатрической власти и что сама игра этой власти в рамках больничной дисциплины способствовала их кристаллизации и выходу вовне?[41]

В свете сказанного мы можем выделить, если угодно, три судьбы психиатрической власти. Она еще долгое время после 1840—1860-х годов сохраняется в своей архаичной форме в области педагогики слабоумия. Она совершенствуется изнутри,

в стенах лечебницы, в процессе борьбы между неврологией и симуляцией. И наконец, она возобновляется в рамках практики, которая, как ни странно, провозглашает, что не является психиатрической.

Примечания

[1] Так, помимо множественных обращений к термину «руководство» в «Медико-философском трактате об умопомешательстве, или Мании» (см.: *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie. P. XLV, 46, 50, 52, 194, 195, 200), Пинель посвятил руководству душевнобольными два пассажа в разделе II, § VI своего труда (§ VI. «Преимущества искусства руководить душевнобольными в закреплении лекарственного действия». P. 57—58) и в том же разделе, § XXII (§ XXII. «Хитрость в искусстве руководства душевнобольными, заключающаяся в притворном доверии к их воображаемым идеям». P. 92—95). Эскироль, со своей стороны, определял моральное лечение как «искусство руководить мышлением и чувствами душевнобольных» (*Esquirol J. E. D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales... T. I. P. 134). А Лере подчеркивал «необходимость руководить мышлением душевнобольных и возбуждать в них чувства, способные подорвать их бред» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 185).

[2] Начиная с пастырских наставлений Карла Борромея (1538—1584; см.: *Borromée C.* Pastorum instructiones ad concionandum, confessionisque et eucharistiae sacramenta ministrandum utilissimae. Antverpiae: C. Plantini, 1586), в ходе католической реформы и распространения закрытых общин складывается практика «руководства», или «наставничества». Укажем основные сочинения, в которых зафиксированы нормы этой практики: [a] *Loyola I.* de. Exercitia spiritualia. Roma: A. Bladum, 1548 (trad. fr.: *Loyola I. de.* Exercices spirituels / Traduits et annotés par F. Lourel. Paris: Desclée de Brouwer, 1963), — ср.: [α] *Dudon P.* Saint Ignace de Loyola. Paris: Beauchesne, 1934; [β] *Doncœur P.* Saint Ignace et la direction des âmes // La Vie spirituelle. Paris, 1936. T. 48. P. 48—54; [γ] *Olphe-Galliard M.* Direction spirituelle. III. Période moderne // Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique. Doctrine et histoire. T. III. Paris: Beauchesne, 1957. Col. 1115—1117; [b] *Sales F. de* [1567—1622]. Introduction à la vie dévote (1608) // Œuvres. Vol. III. Annecy, impr. Niérat, 1893. P. 22—25 (глава 4 этого труда «О необходимости наставника для вступления на путь благочестия и дальнейшего шествия по нему» стала настольной кни-

гой духовных наставников), ср.: *Vincent F.* Saint François de Sales, directeur d'âmes. L'éducation de la volonté. Paris: Beauchesne, 1923; [c] *Olier J.-J.* [1608—1657; основатель семинарии при церкви Сен-Сюльпис]. L'esprit d'un directeur des âmes // Œuvres complètes. Paris: Éd. J.-P. Migne, 1856. Col. 1183—1240.

По поводу собственно «руководства» обратим внимание на следующие книги: [a] *Caro E. M.* La direction des âmes au XVII siècle // Nouvelles Études morales sur le temps présent. Paris: Hachette, 1869. P. 145—203; [b] *Huvelin H.* Quelques directeurs d'âmes au XVII siècle: saint François de Sales, M. Olier, saint Vincent de Paul, l'abbé de Rancé. Paris: Gabalda, 1911. М. Фуко возвращается к понятию «руководства» в других лекционных курсах в Коллеж де Франс: *Foucault M.* [1] Les Anormaux. P. 170—171 (лекция от 19 февраля 1975 г.). P. 187—189 (лекция от 26 февраля 1975 г.); [2] Sécurité, Terriroire et Population (неизданный курс 1977/78 учебного года «Безопасность, территория и население», лекция от 28 февраля 1978 г.); [3] L'Hermeneutique du sujet / Éd. s. dir. F. Ewald & A. Fontana, par F. Cros. Paris: Gallimard / Seuil, 2001. P. 315—393 (лекции от 3 и 10 марта 1982 г.); [4] Leçon a l'université de Stanford le 10 octobre 1979 // DE. IV. N 291. P. 146—147.

[3] *Belloc H.* De la responsabilité morale chez les aliénés // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. III. Juillet 1861. P. 422.

[4] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 444—446.

[5] Ibid. P. 441, 443, 445.

[6] Ibid. P. 431: «Я низвергаю на него холодную воду, и когда вижу, что он готов на все *ради выздоровления*, всякий раз говорю ему, что моя цель — отнюдь не вылечить его, а досадить ему, наказать его» (курсив автора).

[7] Построенный в 1634 г. в качестве приюта для обедневших дворян и солдат-инвалидов, замок Бисетр вошел в состав Общего госпиталя, созданного указом от 27 апреля 1656 г., которым провозглашалось, что «несчастные нищие, здоровые или увечные, мужчины или женщины, будут помещаться в госпиталь, чтобы заниматься там рукоделием, ткачеством и другими работами согласно их возможностям». В рамках «службы [особого отделения. — *Ж. Л.*] Сен-При» этого госпиталя, созданной в 1660 г. для приема душевнобольных, 11 сентября 1793 г. вступил в должность «поликлинического врача» Пинель. Он проработал в этом качестве до 19 апреля 1795 г. Ср.: [a] *Bru P.* Histoire de Bicêtre (hospice, prison, asile), d'après des documents historiques. Paris: Éd. du Progrès médical, 1890; [b] *Funck-Brentano F. & Marindaz G.* L'Hôpital général Bicêtre. Lyon: Laboratoires Ciba, 1938; [c] *Surzur J.-M.* L'Hôpital-hospice de Bicêtre. Historique, fonctions sociales jusqu'a la Révolution française // Th. Méd. Paris. 1969. N 943. Paris, 1969.

[8] Лечебница Сальпетриер обязана своим названием пороховой фабрике, сооруженной на ее будущем месте при Людовике XIII. Указом от 27 апреля 1656 г. она также была включена в состав Общего госпиталя с предназначением «принимать несчастных нищих» Парижа и его предместий, «неисправимых» и неких «сумасшедших» девиц. После того как функция места заключения была снята с лечебницы, она получила в 1793 г. название «Национального дома женщин» и оставалась таковым до 1823 г. Декретом от 27 марта 1802 г. Общий совет больниц и приютов департамента Сены, основанный в 1801 г. Жаном-Антуаном Шапталем (1756—1832) постановил перевести в Сальпетриер женщин-душевнобольных, ранее содержавшихся в лечебнице Отель-Дьё. Ср.: [a] *Boucher A.* La Salpêtrière. Son histoire de 1656 à 1790. Ses origines et son fonctionnement au XVIII siècle. Paris: Éd. du Progrès médical, 1883; [b] *Guillain G. & Mathieu P.* La Salpêtrière. Paris: Masson, 1925; [c] *Larguier L.* La Salpêtrière. Lyon: Laboratoires Ciba, 1939; [d] *Couteaux J.* L'histoire de la Salpêtrière // Revue hospitalière de France. 1944. T. 9. P. 106—127, 215—242. Упомянем также недавнее прекрасно документированное издание: [e] *Simon N. & Franchi J.* La Pitié-Salpêtrière. Paris: Éd. de l'Arbre à images, 1986.

[9] Приют Сен-Лазар, основанный в IX веке монахами-госпитальерами св. Лазаря для приема прокаженных, 7 января 1632 г. был преобразован св. Винсентом де Полем и предназначен для «лиц, осужденных к заключению волей Его Величества» и «бедных умалишенных». В 1794 г. он стал тюрьмой для публичных девиц. Ср.: [a] *Pottet E.* Histoire de Saint-Lazare (1122—1912). Paris: Société française d'imprimerie et de librairie, 1912; [b] *Vié J.* Les Aliénés et les correctionnaires a Saint-Lazare au XVII siècle et au XVIII siècle. Paris: F. Alcan, 1930. М. Фуко говорит о Сен-Лазаре в «Истории безумия»: *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 62, 136.

[10] Приют в Шарантоне был основан в сентябре 1641 г. королевским советником Себастьеном Лебланом. В феврале 1644 г. он был передан ордену госпитальеров Св. Иоанна Божьего, основанному в 1537 г. португальцем Жуаном Синдадом для помощи бедным и больным. Ср.: [a] *Sevestre P.* La maison de Charenton, de la fondation a la reconstruction: 1641—1838 // Histoire des sciences médicales. 1991. T. 25. P. 61—71; [b] *Monval J.* Les Frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu en France. Paris: Bernard Grasset, 1936; [c] *Chagny A.* L'Ordre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu en France. 2 vol. Lyon: Lescuyer et fils, 1953.

Закрытый в июле 1795 г., приют был вновь открыт и национализирован при Директории 15 мая 1797 г. с целью перевода пациентов отделения душевнобольных лечебницы Отель-Дьё. Руководство им было тогда поручено бывшему монаху ордена премонстрантов

Франсуа де Кульмье, а главным врачом стал Жозеф Гастальди. Ср.: [a] *Giraudy C. F. S.* Mémoire sur la Maison nationale de Charenton, exclusivement destinée au traitement des aliénés. Paris: Imprimerie de la Société de Médecine, 1804; [b] *Esquirol J. E. D.* Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton (1835) // Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. T. II. 1838. P. 539—736; [c] *Strauss Ch.* La Maison nationale de Charenton. Paris: Imprimerie nationale, 1900.

[11] *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 185: «В одном учреждении для душевнобольных, которое я мог бы назвать, число больных таково, что за целый год его главный врач может уделить каждому больному не более тридцати семи минут, а еще в одном, где больных еще больше [...], на каждого из них приходится лишь восемнадцать минут внимания главного врача».

[12] М. Фуко имеет в виду различия, проводимые Эскиролем в поле безумия, которое тот определяет как «поражение головного мозга, обычно хроническое, не сопровождающееся лихорадкой и характеризующееся расстройствами чувствительности, рассудка, воли» (*Esquirol J. E. D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales... T. I. P. 5). В это поле, разграниченное тройным делением психологических способностей, и вписываются клинические варианты, различающиеся между собой либо по природе расстройства этих способностей, либо по его степени, либо по характеру самого поражения. Так, если при мании наблюдаются «расстройство и обострение чувствительности, рассудка и воли» (*Esquirol J. E. D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales... T. II. P. 132), то при липомании — этот неологизм, образованный от греческого корня *липе*, λύπη [грусть, скорбь], Эскироль ввел в оборот в 1815 г., — «чувствительность болезненно возбуждена или повреждена, [больным владеют] мрачные, давящие чувства, нарушающие его рассудок и волю» (*Esquirol J. E. D.* De la monomanie [1819] // Des maladies mentales... T. XI. P. 2; T. VIII. P. 398—481).

[13] Критерием различения между манией и мономанией была степень расстройства: общее оно или же частичное, то есть затрагивает одну способность (умственные, инстинктивные мономании и т. д.), один объект (эротомания), одну тему (религиозная мономания, мономания убийства). Мания характеризуется «общим бредом, когда поражены, повреждены все способности рассудка», тогда как при мономании «мрачный ли веселый, сосредоточенный или экспансивный бред частичен и охватывает лишь узкий круг идей и ощущений» (*Esquirol J. E. D.* De la manie [1818] // Des maladies mentales... T. II. P. 133).

[14] В противоположность мании, которой свойственно «обострение способностей», группа деменций — с «острой», «хронической» и «старческой» формами — отличается негативностью: «Деменция — это поражение головного мозга, обычно не сопровождающееся лихорадкой, хроническое, характеризующееся ослаблением чувствительности, рассудка и воли» (*Esquirol J. E. D.* De la démence [1824] // Des maladies mentales... T. II. P. 219).

[15] Прижигание, или «каутер настоящий», заключалось в прикладывании раскаленного на огне или нагретого в кипящей воде металлического бруска к макушке или затылку. Ср.: *Valentin L.* Mémoire et observations concernant les bons effets du cautère actuel, appliqué sur la tête dans plusieurs maladies. Nancy, 1815. Эскироль рекомендовал «прикладывать раскаленный металлический брусок к затылку при мании, осложненной буйством» (*Esquirol J. E. D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales... T. I. P. 154; De la manie [1818] // Des maladies mentales. T. II. P. 191, 217). Ср. также: *Guislain J.* Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés. T. II (глава VI «Мокса и каутер настоящий»). P. 52—55.

[16] «Мокса» представляла собой цилиндр, изготовленный из вещества, постепенное сгорание которого призвано было, причиняя боль, возбуждать нервную систему и поддерживать больного в состоянии острой восприимчивости. Ср.: [a] *Bernardin A. E. M.* Dissertation sur les avantages qu'on peut retenir de l'application du moxa [...]. Paris: Impr. Lefebvre, 1803; [b] *Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie... P. 247: Жорже рекомендовал применять моксу при умопомешательстве, характеризующемся ступором и потерей восприимчивости; [c] *Guislain J.* Traité sur les phrénopathies. Section IV. P. 458: «Это сильное возбуждающее средство воздействует на физическую чувствительность болью и разрушением живых тканей, но вместе с тем, вызывая страх, оно воздействует и на рассудок».

[17] Уго Черлетти (1877—1963), считавший неэффективным кардиазоловый шок, который использовался миланским психиатром Ласло фон Медуна с 1935 г., разработал совместно с Лючио Бини метод электрошока. 15 апреля 1938 г. этой терапевтической процедуре был впервые подвергнут пациент-шизофреник. Ср.: *Cerletti U.* [1] L'elettroschock // Rivista sperimentale di freniatria. Vol. XVIII. Reggio Emilia, 1940. P. 209—310; [2] Electroshock therapy // Sackler A. M. et al. The Great Psychodynamic Therapies in Psychiatry: An Historical Appraisal. New York: Harper, 1956. P. 92—94.

[18] Эфир использовался в психиатрии со второй половины XIX века, как в терапии — главным образом для прекращения «состояний тревожного возбуждения» (*Griesinger W.* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: A. Krabbe, 1845. P. 544), так и в диагностике. Ср.: [a] *Bayard H.* L'utilisation de l'éther et le diagnostic

des maladies mentale // Annales d'hygiène publique et médicale. T. 42. N 83. Juillet 1849. P. 201—214; [b] *Morel B. A.* De l'éthérisation dans la folie du point de vue du diagnostic et de la médecine légale // Archives générales de la médecine. V série. T. 3. Vol. 1. Février 1854. P. 135: «При определенных обстоятельствах эфиризация предоставляет ценнейшее средство изменения болезненного состояния и может также помочь врачу выяснить истинный, невропатический, характер расстройства»; [c] *Brochin H.* Maladies nerveuses // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. XII. 1877. P. 376—377 (§ «Анестетики: эфир и хлороформ»).

[19] После поездок по Франции, Италии и Бельгии Эскироль открыл дискуссию по поводу строительства лечебниц для душевнобольных. Вот первые свидетельства о ней: *Esquirol J. E. D.* [1] Des établissements consacrés aux aliénés en France... // Des maladies mentales... T. II. P. 339—431; [2] Maisons d'aliénés // Dictionnaire des sciences médicales. T. XXX. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1818. P. 47—95 (воспроизводится в кн.: *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. II. P. 432—538).

[20] Жан-Батист Паршапп де Вине (1800—1866), назначенный в 1848 г. генеральным инспектором Службы помощи душевнобольным, разрабатывал организацию лечебницы, которая подразделялась бы согласно категориям больных и позволяла бы осуществлять лечение. Ср.: *Parchappe de Vinay J.-B.* Des principes a suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris: Masson, 1853. См. также: *Martel J. G. H.* Parchappe. Signification de son œuvre, sa place dans l'évolution de l'assistance psychiatrique // Th. Méd. Paris, 1965. N 108. Paris: R. Foulon & C, 1965.

[21] Анри Жирар де Кайё (1814—1884), исполнявший с 20 июня 1840 г. пост главного врача и директора лечебницы для душевнобольных в Оксерре, пропагандировал строительство лечебниц, в которых, согласно принципам душевного лечения, соблюдались бы изоляция, классификация больных и их привлечение к труду. Его взгляды изложены в ряде публикаций: *Girard de Cailleux H.* [1] De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés // Annales médico-psychologiques. T. II. Septembre 1843. P. 230—260; [2] De la construction, de l'organisation, et de la direction des asiles d'aliénés // Annales d'hygiène publique et de médecine légale. T. 40. 2 partie. Juillet 1848. P. 5, 241.

[22] Заняв в 1860 г., по решению Османа, должность генерального инспектора Службы помощи душевнобольным департамента Сены, Жирар де Кайё в 1861 г. предложил, в рамках общей реорганизации своего ведомства, программу строительства двенадцати больниц в окрестностях Парижа по модели лечебницы в Оксерре, перепланировку которой он предпринял ранее, будучи ее директором (см. примеч. 21). В мае 1867 г. открылась лечебница Сент-Анн, затем, в 1868 г., Виль-Эврар, в 1869 г. — Перре-Воклюз и в 1884 г. — Виллежюиф. Ср.: [a] *Daumezon G.* Essai d'historique critique de l'appareil d'assitance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIX siècle // Information psychiatrique. T . 1960. N 5. P. 6—9; [b] *Bleandonu G. & Le Gaufey G.* Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris) // Annales ESC. 1975. N 1. P. 93—126.

[23] *Girard de Cailleux H.* De la construction, de l'organisation et de la direction des asiles d'aliénés. P. 272.

[24] *Esquirol J. E. D.* Des maisons d'aliénés (1818) // Des maladies mentales... T. II. P. 227—528. Этой метафоре предстояло большое будущее. Так, в 1946 г. Поль Бальве, бывший директор больницы Сент-Альбан и пионер движения институциональной психиатрии, заявлял: «Лечебница единосущна возглавляющему ее психиатру. Руководство имеет в данном случае не административное значение: это своего рода органическая связь с телом, которым руководитель управляет... Он управляет в том же смысле, в каком головной мозг управляет нервами. Таким образом, лечебницу можно рассматривать как тело психиатра» (*Balvet P.* De l'autonomie de la profession psychiatrique // Documents de l'Information psychiatrique. T. II [«По ту сторону лечебницы для душевнобольных и психиатрической больницы»]. Paris: Desclée de Brouwer, 1946. P. 14—15).

[25] Жан-Батист Пюссен (р. 28 сентября 1745 г. в Лон-ле-Сонье), вступив в 1780 г. в должность главы отделения «осужденных мужчин» лечебницы Бисетр, затем стал заведовать там седьмой «службой», или службой Сен-При, объединявшей «палаты буйных душевнобольных». Именно в этом качестве его и узнал Пинель, назначенный 6 августа 1793 г. врачом лечебницы и вступивший в должность 11 сентября. Получив пост главного врача в Сальпетриере 13 мая 1795 г., Пинель добился перевода Пюссена под свое начало, и тот работал с ним вместе в отделении безумных с 19 мая 1802 г. до самой своей кончины, наступившей 7 апреля 1811 г. В «Исследованиях и наблюдениях о лечении душевнобольных» (см. выше, с. 226, примеч. 12) Пинель воздает должное знаниям Пюссена и подчеркивает его вклад в «разработку принципов морального лечения» (*Pinel Ph.* Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés. P. 220). В цитированном выше издании «Медико-философского трактата» 1809 г. он вспоминает: «Всецело полагаясь на честность и проницательность главы внутренней полиции, я позволял ему свободно распоряжаться вверенной ему властью» (*Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. P. 226). См. также о Пюссене: [a] *Semelaigne R.* Pussin // Aliénistes et philanthropes: les Pinel et les Tuke. P. 501—504 (при-

ложение); [b] *Bixler E.* A forerunner of psychiatric nursing: Jean-Baptiste Pussin // Annals of Medical History. 1936. N 8. P. 518—519; [c] *Caire M.* Pussin avant Pinel // L'information psychiatrique. 1993. N 6. P. 529—538; [d] *Juchet J.* Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel à Bicêtre en 1793: une rencontre, une complicité, une dette // Garrabé J., éd. Philippe Pinel. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1994. P. 55—70; [e] *Juchet J. & Postel J.* Le surveillant Jean-Baptiste Pussin // Histoire des sciences médicales. T. 30. N 2. 1996. P. 189—198.

[26] После выхода закона от 30 июня 1838 г. разгорелись дебаты о руководстве лечебницами. 27 декабря 1860 г. префект департамента Сены барон Осман учредил комиссию по «улучшению работы лечебниц для душевнобольных и реформам, которые в них необходимо предпринять», в рамках которой с февраля по июнь следующего года обсуждался вопрос о том, следует ли назначать наряду с главным врачом лечебницы управляющего директора или же нужно объединить в руках главного врача и медицинскую, и административную власти, как это предусматривалось статьей 13 постановления об исполнении закона от 18 декабря 1839 г. и 25 ноября 1861 г. комиссия обнародовала свое заключение, согласно которому «как нельзя более желательным было бы единство власти, в ведении которой все административные и медицинские элементы стремились бы к достижению искомого блага» (Rapport de la Commission instituée pour la réforme et l'aménagement du service d'aliénés du département de la Seine. Paris, 1861).

[27] *Pinel Ph.* La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultats d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière (1802). 2 éd. Paris: Brosson et Gabon, 1804. P. 5—6.

[28] Так, например, Ж.-П. Фальре придавал опросу первостепенное значение в клиническом обследовании, в принципе утверждая, что «если вы хотите выяснить наклонности, устремления рассудка и чувственные предрасположенности, являющиеся источником всех внешних проявлений [индивида], то не ограничивайте свой долг наблюдателя пассивной ролью секретаря при больном, стенографиста его слов или регистратора его действий [...]. В первую очередь [...] следует, таким образом, отказаться от пассивной роли наблюдателя речей и поступков больного в пользу роли активной, а зачастую даже попытаться спровоцировать, вызвать с его стороны проявления, которые никогда не обнаруживаются самопроизвольно» (*Falret J.-P.* Discours d'ouverture: De la direction à imprimer à l'observation des aliénés // Leçons cliniques de médecine mentale faites à l'hospice de Salpêtrière. Paris: Baillière, 1854. P. 19—20).

[29] *Falret J.-P.* [1] Leçons cliniques de médecine mentale faites a l'hospice de Salpêtrière. P. 221—222 (VII Leçon): «Иногда нужно исподволь подвести разговор к тем или иным сюжетам, которые могут быть связаны с болезненными идеями или переживаниями; эти тщательно подготовленные беседы действуют подобно пробному камню, позволяя обнаружить предпосылки заболевания. В некоторых случаях эффективное наблюдение и опрос душевнобольных требуют немалого опыта и величайшего искусства»; [2] De l'enseignement clinique des maladies mentales. Paris: Impr. de Martinet, 1850. P. 68—71.

[30] Так, многие врачи настаивали на необходимости заносить наблюдения над больными в специальные «регистры», обобщающие историю болезни. Ф. Пинель рекомендовал «вести подробные журналы хода душевной болезни, различных ее проявлений от начала и до конечной стадии» (*Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. Section VI. § XII. P. 256). Ш. Ф. С. Жироди говорил об этом же в кн.: *Giraudy C. F. S.* Mémoire sur la Maison nationale de Charenton. P. 17—22. Ж. Ж. Моро де Тур писал: «Полученные от больного сведения заносятся в регистр, который также содержит необходимые указания о ходе болезни... Такой регистр представляет собой настоящий дневник наблюдений, который, подвергая его по завершении каждого года статистическому обсчету, можно использовать впоследствии как ценный документальный источник» (*Moreau de Tours J. J.* Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Ghéel. P. 267). См. также по поводу этой формы дисциплинарной записи: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 191—193.

[31] В 1817 г. Эскироль начал читать в Сальпетриере курс клиники душевных болезней, который и продолжал до своего назначения в 1826 г. на пост главного врача в лечебнице Шарантон. Ср.: [a] *Semelaigne R.* Les Grands Aliénistes français. Paris: G. Steinheil, 1894. P. 128; [b] *Bouchet C.* Quelques mots sur Esquirol. Nantes: C. Mellinett, 1841. P. 1.

[32] Гийом Феррюс, назначенный главным врачом лечебницы Бисетр в начале 1826 г., в 1833—1839 годах читал там «Лекции по клинике душевных болезней» (воспроизведены в издании: Gazette médicale de Paris. T. I. N 65. 1833; T. II. N 39. 1834. P. 48; T. IV. N 25. 1836. P. 28, 44, 45; Gazette des hôpitaux. 1838. P. 307, 314, 326, 345, 352, 369, 384, 399, 471, 536, 552, 576, 599, 612; 1839. P. 5, 17, 33, 58, 69, 82, 434, 441). После ухода Феррюса в 1840—1847 гг. Лере также проводил клинические занятия, параллельно публиковавшиеся в издании: Gazette des hôpitaux. T. II. 1840. P. 233, 254, 269, 295.

[33] Жюль Байарже (1809—1890) приступил к клиническому преподаванию в Сальпетриере в 1841 г. Жан-Пьер Фальре, будучи врачом-заведующим отделения душевнобольных этой же лечебницы, также проводил с 1843 г. клинические занятия, частично опубликованные в издании: Annales médico-psychologiques. T. IX. Septembre 1847. P. 232—264;

T. XII. Octobre 1849. P. 524—579. Эти лекции также воспроизведены в кн.: *Falret J.-P.* De l'enseignement clinique des maladies mentaux. Ср.: *Wiriot M.* L'Enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris entre 1794 et 1848. Th. Méd. Paris, 1970. N 334. Vincennes, impr. Chaumé, 1970.

[34] *Falret J.-P.* De l'enseignement clinique... P. 126.

[35] Ibid. P. 127: «Публичный рассказ душевнобольного о своем недуге предоставляет врачу еще более драгоценную помощь [...]; в совершенно новых условиях, образуемых клиникой, врач должен быть куда сильнее, чем прежде: ведь ему как преподавателю надлежит продемонстрировать на глазах больного все проявления его болезни в присутствии более или менее многочисленной аудитории».

[36] Ibid. P. 119: «С согласия больных... он излагает историю их заболевания, тщательно придерживаясь принципа, согласно которому рассказывать следует только то, что является для них в полной мере подтвержденным, и время от времени осведомляясь у них, верно ли он передает факты, которые они доверили ему ранее».

[37] Ibid. P. 125: «Нередко рассказ об их болезни, описывающий ее течение во всех подробностях, производит сильное впечатление на душевнобольных, они сами подтверждают его правдивость с явным удовлетворением и увлеченно дополняют его новыми деталями, удивленные и в некотором роде польщенные тем, что ими интересуются настолько, что хотят узнать всю их историю без упущений».

[38] Мари Франсуа Ксавье Бишá (1771—1802), начав хирургическую карьеру в Лионе, под руководством Марка-Антуана Пети (1762—1840), а затем, в июне 1794 г., поступив учеником к Пьеру Жозефу Дельсо (1744—1795), хирургу лечебницы Отель-Дьё, с 1800 г. посвятил себя патологической анатомии и взялся установить четкую связь между повреждениями тканей и клиническими симптомами. См. его сочинения: *Bichat M. F. X.* [1] Traité des membranes en général et des diverses membranes en particulier. Paris: Gabon, 1800; [2] Anatomie générale appliquée a la physiologie et a la médecine. Paris: Brosson et Gabon, 1801. 4 vol.

Но особенно много усилий к слиянию клинической медицины и патологической анатомии приложили Гаспар Лоран Бейль (1774—1816) и Рене Теофиль Лаэннек (1781—1826). Г. Л. Бейль одним из первых сформулировал методологию новой клинико-анатомической школы в диссертации, защищенной им 4 вантоза X г. (24 февраля 1802 г.): *Bayle G. L.* [1] Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation et la médecine pratique, suivies d'observations pour servir à l'histoire des pustules gangreneuse. Th. Méd. Paris. N 70. Paris: Boist (Gabon), 1802. Заявленные идеи Бейль впоследствии развил и уточнил в кн.: *Bayle G. L.* [2] Recherches sur la phtisie pulmonaire. Paris: Gabon, 1810; [3] Considérations générales sur les secours que l'anatomie pathologique

peut fournir à la médecine // Dictionnaire des sciences médicales. T. II. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1812. P. 61—78. Р. Т. Лаэннек существенно обновил легочную патологию в кн.: [1] *Laënnec R. T.* De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des malades des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration (1819, в двух частях), где в качестве принципа выдвигается необходимость «включения в общую диагностику на равных основаниях и внутренних органических расстройств, и хирургических болезней» (2 éd. rev. et aug. T. I. Paris: Brosson et Chaudé, 1826. P. XXV); [2] Traité inédit sur l'anatomie pathologique, ou Exposition des altérations visible qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie. Paris: Alcan, 1884.

О Бишá М. Фуко пишет в главе VIII «Вскройте несколько трупов» книги «Рождение клиники. Археология медицинского взгляда» (*Foucault M.* Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: Presses universitaires de France, 1963. P. 125—148). См. также: [a] *Rochard J. E.* Histoire de la chirurgie française au XIX siècle. Paris: Baillière, 1875; [b] *Temkin O.* The role of surgery in the rise of modern medical thought // Bulletin of the History of Medicine. Baltimore, Md. 1951. Vol. 25. N 3. P. 248—259; [c] *Ackernecht E. H.* [1] Pariser chirurgie von 1794—1850 // Gesnerus. T. 17. 1960. P. 137—144; [2] Medicine at the Paris Hospitals (1794—1848). Baltimore, Md.: The Johns Hopkins Press, 1967 (фр. пер.: La Médecine hospitalière à Paris (1794—1848) / Trad. F. Blateau. Paris: Payot, 1986. P. 181—189; [d] *Huard P. & Grmeck M., eds.* Sciences, mèdecine, pharmacie, de la Révolution a l'Empire (1789—1815). Paris: Éd. Dacosta, 1970. P. 140—145; [e] *Imbault-Huart M.-J.* L'École pratique de dissection de Paris de 1750 a 1822, ou l'Influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIII siècle. Thèse de doctorat ès lettres, Université Paris-I, 1973; repr. Université de Lille-III, 1975; [f] *Huard P.* Concepts et réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgical pendant la Révolution // Journal des savants. Avril-juin 1973. P. 126—150.

О Г. Л. Бейле см.: [a] *Imbault-Huart M.-J.* Bayle, Laënnec et la méthode anatomo-clinique // Revue du Palais de la Découverte. N spéc. 22 août 1981. P. 79—89; [b] *Duffin J.* Gaspard Laurent Bayle et son legs scientifique: au-dela de l'anatomie pathologique // Canadian Bulletin of Medical History. Winnipeg, 1986. T. 31. P. 167—184.

О Лаэннеке см.: [a] *Duffin J.* The medical philosophy of R. Th. Laënnec (1781—1826) // History and Philosophy of the Life Sciences. Vol. 8. 1986. P. 195—219; [b] *Huard P.* [1] Les chirurgiens et l'esprit chirurgical en France au XVIII siècle // Clio medica. Vol. 15. N 3—4. 1981; [b] La médecine anatomo-clinique: la naissance et constitution d'une médecine moderne // Revue médicale de la Suisse Romande. 1989. N 109. P. 1005—1012.

[39] Различение душевнобольных и детей-идиотов декларируется как принцип и вместе с тем начинает вводиться в лечебных учреждениях в 1830-е годы. Гийом Феррюс, поступивший на службу в Бисетр в 1826 г., в 1834 г. ратовал за создание «специальных учреждений, в которых осуществлялись бы все известные техники лечения» (*Ferrus G.* Des aliénés... P. 190). В 1839 г. в рапорте, поданном в Медицинскую комиссию больниц Парижа, он вновь указывал на «полезность создания детского отделения в лечебнице Бисетр» (цит. в кн.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapports fait au congrès national d'Assistance publique. Lyon, juin 1894. Paris: Publications du Progrès médical, 1895. P. 142). Одна из первых институциональных инициатив такого рода принадлежит Жану-Пьеру Фальре, который, получив 30 марта 1831 г. назначение в Сальпетриер, принял решение объединить в общем отделении восемьдесят слабоумных и идиотов. Но тенденция развивалась медленно, и еще в 1853 г. Ж.-Б. Паршапп писал о том, что присутствие малолетних идиотов в «лечебницах для душевнобольных, если только они не содержатся в специальных отделениях, вызывает всякого рода недоразумения... Я считаю насущной необходимостью создание в таких лечебницах детских отделений» (*Parchappe J.-B.* Des principes a suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris: Masson, 1853. P. 89). См. историческую справку об этом в кн.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. P. 1—7 (глава I «Исторический обзор содержания и лечения детей-идиотов и дегенератов»). См. также ниже, лекция от 16 января 1974 г.

[40] В 1880-х гг., когда нозология неврологических расстройств приобретает завершенный вид, область неврозов освобождается от массы органических симптомов (параличи, потери чувствительности, сенсорные нарушения, боли неясного происхождения и т. д.), которые передаются на попечение новой невропатологической клиники, призванной исследовать локализуемые расстройства нервов спинного мозга и специализированных отделов головного мозга. То же, что в этой области остается, в 1885—1890 гг. сосредоточивается в четырех больших клинических группах: хореические неврозы (в том числе истерические хореи, танец Сен-Ги), неврастения, истерия и, наконец, одержимости и фобии.

[41] М. Фуко ориентируется здесь на книгу Р. Кастеля «Психоанализм» (*Castel R.* Le psychanalysme. Paris: Maspero, 1973), о которой в подготовительной рукописи к лекции от 7 ноября 1973 г. он пишет так: «Это радикальное исследование, ибо психоанализ в нем впервые рассматривается в строгих рамках психиатрических практики и власти».

Лекция от 16 января 1974 г.

Пути генерализации психиатрической власти и психиатризация детства. — I. Теоретическая спецификация идиотии. Критерий развития. Возникновение психопатологии идиотии и умственной отсталости. Эдуар Сегюэн: инстинкт и аномалия. — II. Институциональное присоединение идиотии психиатрической властью. «Моральное лечение» идиотов: Сегюэн. Процесс принудительной госпитализации идиотов и стигматизация их как опасных. Обращение к понятию дегенеративности.

Сегодня я хотел бы выявить узловые точки и пути генерализации психиатрической власти — исторически, как мне кажется, достаточно раннего явления. Я не считаю, что генерализация психиатрической власти стала фактом, современным психоаналитической практике, или же следствием последней. По-моему, значительное расширение психиатрической власти произошло намного раньше, и эта экспансия, архаическая по времени, повлекла за собой увековечение архаической же психиатрической власти.

Расширение психиатрической власти произошло, мне кажется, с опорой на детство, на психиатризацию детства. Разумеется, некоторые наметки, формы этой генерализации мы можем обнаружить и помимо ребенка, в связи с другими персонажами — например, с преступником, — причем очень рано, уже в период разработки уголовно-психиатрической экспертизы и одновременно понятия мономании. И все же именно ребенок, на мой взгляд, стал в XIX веке первостепенной опорой расширения психиатрической власти — в гораздо большей степени, чем взрослый.

Иными словами, я считаю — и хотел бы проверить эту гипотезу в беседе с вами, — что ключ к расширению психиатрической власти предоставляют смычки больницы со школой, санитарного института (педагогического института как модели здоровья) с системой обучения. Предварить обсуждение этой темы я предложил бы [...] одной из кратких и, как всегда, блестящих формул Жоржа Кангилема. Вот она: «Термином „нормальное“ XIX век обозначает одновременно школьный эталон и органическое состояние здоровья».[1] Именно с разработкой понятия нормального и было в конечном счете сопряжено расширение психиатрической власти.

Разумеется, вполне естественно было бы предположить, что психиатризация детства шла двумя путями, словно бы продиктованными изначально: путем открытия ребенка-безумца и путем определения детства как места формирования, первоистока душевной болезни.*

Но я не согласен с этим мнением. Мне кажется, что открытие ребенка-безумца произошло достаточно поздно и было скорее вторичным следствием психиатризации ребенка, нежели ее отправной точкой. Ребенок-безумец заявляет о себе только в конце XIX века;[2] его появление связано, как мне кажется, с именем Шарко, то есть с истерией, и относится к 1880-м годам; причем он входит в психиатрию не царственным путем лечебницы, но через частную консультацию. Первые дети, которых мы встречаем в истории психиатрии, — это дети частных клиентов, и в частности у Шарко, — слабоумные сыновья русских великих князей и дочери-истерички латиноамериканских землевладельцев.[3] Этих-то детей в сопровождении обоих родителей — эту троицу — мы и обнаруживаем в практике Шарко в 1880-е годы. Таким образом, вовсе не ужесточение семейной дисциплины, равно как и не окончательное формирование дисциплины школьной, обусловили в XIX веке подступ к ребенку-безумцу.

И те анамнезы, автобиографические рассказы, к которым психиатрическая власть принуждала больных на всем протяжении столетия, тоже, как ни странно, не вели к выявлению некой

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «[определения] ...посредством игры анамнезов, опроса больных и их родственников, рассказов об их жизни».

фундаментальной, привилегированной или основополагающей связи между детством и безумием. Когда больных просили рассказать об их жизни, это диктовалось отнюдь не стремлением постичь их безумие исходя из обстоятельств их детства, но напротив, попыткой отыскать в этом детстве уже в некотором роде готовое безумие, или во всяком случае имевшиеся уже тогда предвестия, признаки предрасположенности к безумию, — в том числе признаки наследственной предрасположенности. В тогдашних анамнезах не искали безумного содержания детского опыта больных. Ребенок-безумец, ребенок как объект психиатрии возник позднее, а в психиатрии раннего периода детство в его фундаментальной связи с безумием не рассматривалось.

Я бы сказал — это, собственно, и есть предлагаемая мною гипотеза, — что психиатризация ребенка, сколь бы это ни показалось парадоксальным, не была связана с темами ребенка-безумца, детского безумия, конститутивной связи между безумием и детством. Психиатризация ребенка состоялась, как мне кажется, с опорой на другой персонаж, и это слабоумный ребенок, идиот, которого затем назовут умственно отсталым; это ребенок, которого с самого начала, уже в первой трети XIX века, стали четко отличать от безумца.[4] Психиатризация детства осуществлялась через посредство не-безумного ребенка, и этот парадокс послужил условием генерализации психиатрической власти.

Что же такое эта психиатризация детства с опорой на ребенка, считаемого не-безумным?

Мне кажется, мы можем выявить, ища ответ на этот вопрос, два совершенно противоположных, по крайней мере на первый взгляд, процесса. Один из них относится к сугубо теоретическому порядку, и свидетельства о нем предоставляют медицинские тексты, наблюдения, нозографические трактаты. Речь идет о процессе теоретической разработки понятия слабоумия, или идиотии, как феномена, всецело отличного от безумия.

До конца XVIII века, если говорить очень схематичным образом, в том, что называлось тупоумием, слабоумием, идиотией, не содержалось никаких отличий по сравнению с безумием вообще. Это были разновидности безумия, которые, конечно, отличались от других его разновидностей, но все равно принадлежали к общей области безумия. Так, мы встречаем оппо-

зицию между безумием в виде «буйства»,[5] насилия, приступов неистовства, — безумием «превышения», если угодно, — и, напротив, безумием «понижения», характеризующимся унынием, расслабленностью, безразличием;[6] именно последнее называли «деменцией»,[7] «тупоумием»,[8] «слабоумием» и т. д. В других случаях слабоумие, тупоумие определяется как одно из расстройств того же разряда, в котором присутствуют мания, меланхолия, та же деменция.[9] В лучшем случае мы [выявляем]* ряд признаков, по которым идиотия определялась как болезнь, чаще обнаруживаемая у детей, а деменция — наоборот, как болезнь, по своему содержанию очень похожая, но возникающая лишь в зрелом возрасте.[10]

Какое бы место ни уделялось слабоумию или идиотии в нозографических таблицах, будь они широкими понятиями, противоположными возбужденности и буйству, или же понятиями узкими, так или иначе кажется удивительным, что они фигурируют в рамках безумия в эпоху, когда последнее характеризовалось прежде всего бредом, то есть заблуждением, ложной убежденностью, испорченным воображением, верой в нечто, не относящееся к реальности.[11] Если безумие действительно определялось ядром бреда, то можно ли включать в это обширное семейство разновидностей бреда идиотию и слабоумие? Дело в том, что слабоумие — как, впрочем, и деменция, — по самой своей природе уподоблялось особого рода бреду, который достигает своей наивысшей точки либо, как в случае деменции, в зрелом возрасте, после чего может и исчезнуть, дойдя до исступления, буйства, убить сам себя, самоуничтожиться в качестве бреда, — либо, как в случае идиотии, наоборот, очень рано. В том подобии нозографии, которое имело хождение в XVIII веке, слабоумие было бредовым заблуждением, причем до такой степени обобщенным, тотальным, что пораженный им не мог постичь и простейшей истины, сформировать и малейшей идеи; это было своего рода заблуждение, переросшее в ослепление, бред, полностью погрузившийся в собственную тьму. Именно об этом еще в 1816 году говорил в связи с идиотией Жаклен Дюбюиссон: «Идиотия есть состояние оцепенения, бездействия умственных и эмоциональных функций, за которым следует их

* В магнитной записи лекции: находим.

более или менее полная атрофия; нередко она сопровождается и нарушением жизненных функций. Такого рода душевнобольные, лишенные высших способностей, отличающих человека мыслящего, человека общественного, нисходят к чисто машинальному существованию, которое делает их положение убогим и омерзительным. *Причины.* Эти причины почти совпадают с причинами деменции, от которой идиотия отличается лишь более сильным и глубоким расстройством пораженных функций».[12]

Таким образом, идиотия не рассматривается как некий первичный, элементарный фон, на котором могут развиться другие, более серьезные или тяжелые патологические состояния; наоборот, это абсолютная, тотальная форма безумия. Это апогей безумия, которое в данном случае вращается вокруг самого себя с такой головокружительной скоростью, что в нем уже невозможно вычленить какие-либо элементы бреда, отдельные заблуждения; это не-цвет, образованный вихревым смешением цветов друг с другом. Именно такое «притупление» всякой мысли, да и всякого восприятия, обозначалось как идиотия и позволяло, вопреки бессимптомности последней, рассматривать ее в этот период как одну из категорий бреда.[13] Такова, если угодно, в приблизительной реконструкции теоретическая ситуация конца XVIII века.

Как же вырабатываются новые понятия идиотии, умственной отсталости, слабоумия в первые сорок лет XIX века, от Эскироля до Сегюэна в 1843 году? Я вновь прибегну к помощи текстов, теоретических изысканий этого времени, ибо институты и реальные практики не дают нам никаких свидетельств об этом.

В теоретических работах по психиатрии начала XIX века можно выделить, на мой взгляд, два этапа формирования нового понятия идиотии.* Первый из них связан с именем Эскироля, с его текстами 1817, 1818, 1820 годов,[14] а также с книгой Бельома, вышедшей в 1824-м.[15] В это время возникает совершенно новое определение идиотии, которого в XVIII веке вы не найдете. Эскироль формулирует его так: «Идиотия есть не болезнь, но

* В подготовительной рукописи М. Фуко выражается иначе: «Спецификация идиотии по отношению к деменции, то есть определение той формы или стадии этих умственных болезней, в которой они наиболее родственны друг другу, шла в два этапа».

состояние, в котором умственные способности вообще не проявляются или не могут в достаточной степени развиться...».[16] И Бельом в 1824 году повторяет то же самое почти без изменений: «Идиотия — это [...] конституциональное состояние, в котором умственные функции не развиты...».[17]

Это определение важно тем, что оно вводит в оборот понятие развития. Развитие, а точнее отсутствие развития, становится критерием различения между безумием и идиотией. Отныне идиотия определяется не в зависимости от истины или заблуждения, не в зависимости от способности или неспособности владеть собой, не в зависимости от интенсивности бреда, но в зависимости от степени развития. Причем в приведенных определениях и в тех описаниях, которые следуют за ними, Эскироль и Бельом предлагают в некотором роде бинарную трактовку развития. Для обоих авторов развитие есть нечто такое, чем обладают или не обладают, чем пользуются или не пользуются; одни наделены развитием, так же как волей или умом, а другие лишены его, так же как можно быть лишенным воли или ума. Как вы видите, понятие развития используется еще очень и очень упрощенно.

Но будучи упрощенным, критерий имеющегося или отсутствующего, используемого или не используемого развития все же обусловливает ряд следствий, важных для очерчивания новой теоретической области.

Во-первых, он позволяет провести четкую хронологическую границу. Если идиотия есть отсутствие развития, то необходимо, нормально, если безумие присутствует в ней с самого начала — в противоположность иным формам притупления мысли, ума или восприятия, как, например, деменция, которая, подобно всем прочим душевным болезням — мании, мономании, липомании и т. д., — возникает не ранее определенного момента, чаще всего — полового созревания.[18] Таким образом, хронологическое разграничение налицо.

Во-вторых, критерий развития вводит различение по роду течения болезни. Если идиотия есть не-развитие, значит, она стабильна, приобретена раз и навсегда: состояние идиота не эволюционирует; деменция же, тоже будучи притуплением ума, в отличие от идиотии оказывается прогрессирующей душевной болезнью, которая год от года усугубляется и иногда стабилизируется в определенный момент, с наступлением которого в некоторых случаях даже вылечивается.[19]

Далее, третье различение: идиотия всегда сопряжена с органическими пороками развития[20] и, таким образом, относится к области увечий[21] или вписывается в общий свод монструозных отклонений.[22] Деменция, напротив, как и прочие болезни, лишь только может сопровождаться рядом осложнений, частных нарушений, возникающих в определенный момент ее течения.[23]

И наконец, в-четвертых, критерий развития вводит различение по симптомам. Если деменция, будучи поздней болезнью, наступающей вследствие ряда процессов и в некоторых случаях органических заболеваний, всегда имеет прошлое, всегда сохраняет в себе некие остатки — остатки разума, остатки бреда, в любом случае последствия предшествующего состояния, будь оно позитивным или негативным, — то идиот есть человек без прошлого, которому ничего не остается, жизнь которого не оставила и никогда не оставит в его памяти и малейшего следа. Это подводит нас к каноническим формулам Эскироля, повторявшимся затем более века: «Человек в состоянии деменции лишен тех благ, которыми некогда пользовался: это разорившийся богач; а идиоту всегда сопутствовали несчастья и нищета».[24]

Как видите, вопреки своей примитивной бинарной трактовке, понятие развития тем не менее оправдывает ряд различений и позволяет провести границу между двумя типами особенностей — между особенностями чего-то, определяющего болезнь, и особенностями чего-то иного, относящегося к увечьям, монструозным отклонениям, словом — к не-болезни.

Второй этап формирования нового понятия идиотии связан, теперь уже в 1840-е годы, с именем Сегюэна — автора, который оказал влияние на весь ход институциализации и психиатризации детства и ввел в трактате «Моральное лечение идиотов» ключевые понятия, на основе которых будут развиваться до конца XIX века психология и психопатология умственной отсталости.[25]

Сегюэн проводит различие между собственно идиотами и умственно отсталыми детьми: «Я впервые выявил разделяющие их резкие отличия [...], — пишет он. — Идиот, пусть даже неполный, обнаруживает остановку физиологического и психологического развития».[26] Не отсутствие, а остановку развития.

Что касается умственно отсталого, то его развитие, по Сегюэну, не прекратилось, этим-то он и отличается от идиота. Это не остановившийся в развитии, а «развивающийся медленнее, чем дети его возраста; он отстает от сверстников по всем признакам, и это отставание, с каждым днем увеличивающееся, в итоге вводит между ними огромный разрыв, непреодолимую дистанцию».[27] В итоге некой непрерывной эволюции.

*

Два сопряженных между собою определения идиота как пораженного остановкой развития и отсталого как того, чье развитие идет медленнее, чем у других, как мне кажется, теоретически важны. Они послужили опорой для многих понятий, которые приобрели вес уже в практической психиатризации ребенка.

Во-первых, развитие, каким определяет его Сегюэн в своем «Моральном лечении идиотов», уже не является, как у Эскироля, чем-то, чем человек наделен или чего он лишен так же, как ума или воли; развитие — это процесс, подчиняющий себе органическую и психологическую жизнь, это измерение, в котором выстраиваются неврологические и психологические организации, функции, поступки, навыки. Это временно́е измерение, а не способность или качество, которыми можно обладать или не обладать.

Во-вторых, это временно́е измерение является, в известном смысле, общим для всех. Ему подвластны все, однако на пути в этом измерении возможна остановка. Поэтому, будучи общим для всех, развитие является общим прежде всего как некий оптимум, как правило хронологической последовательности с ее идеальной конечной точкой. Развитие, иными словами, — это скорее норма, по отношению к которой располагаются люди, нежели некая заложенная в каждом виртуальность.

В-третьих, эта норма развития, как вы понимаете, имеет две оси переменных: можно остановиться на той или иной стадии развития, на линии этого измерения — тем, кто преждевременно остановился на той или иной стадии, как раз и является идиот, и первая ось, таким образом, отражает стадии возможных

остановок; вторая же ось — это ось скоростей, с которыми люди проходят измерение развития, и тот, кто, не останавливаясь в той или иной точке, движется слишком медленно, и есть умственно отсталый. Отсюда две патологии, впрочем, взаимно дополнительные, ибо одна является конечным следствием другой: патология остановки на определенной стадии и патология задержки.

В связи с этим — и это четвертый важный пункт — вырисовывается некая двойная нормативность. С одной стороны, поскольку идиот — это остановившийся в своем развитии, тяжесть идиотии оценивается согласно нормативности, соответствующей взрослому: взрослый выступает как одновременно реальная и идеальная точка завершения развития и в таком качестве функционирует как норма. А с другой стороны, как недвусмысленно говорит об этом Сегюэн, ось скоростей определяется другими детьми: умственно отсталый — это тот, кто развивается медленнее сверстников. Некоторый средний уровень детства, или усредненное большинство детей, образуют отныне вторую нормативность, по отношению к которой оценивается отсталость. Выходит, что все разнообразные феномены слабоумия — собственно идиотия, отсталость и т. д. — могут быть так или иначе размещены по отношению к двум нормативным инстанциям: к взрослому как конечной стадии и к детям как средней скорости развития.

И наконец, пятым важным следствием двойного определения идиота является то, что идиотия и в особенности умственная отсталость не подлежат определению в качестве болезней. У Эскироля еще сохранялась двусмысленность по поводу статуса идиотии: болезнь это или не-болезнь? В конечном счете идиотия по Эскиролю — это отсутствие чего-то, и поэтому ее можно характеризовать как болезнь. У Сегюэна идиот, умственно отсталый — уже не больные: нельзя сказать, что у них не хватает стадий; они просто не достигли этих стадий или пришли к ним с опозданием. Идиот или умственно отсталый, по Сегюэну, не лишились нормальности в результате чего-либо, или, точнее говоря, они занимают низшую ступень в рамках собственно самой нормы — то есть развития ребенка. Идиот — особый ребенок, а не больной; он в той или иной степени задержался в детстве, которое само по себе — нормальное. Идиотия — это

некоторая ступень детства, или, иными словами, детство — это способ более или менее быстрого преодоления ступеней идиотии, слабоумия или умственной отсталости. В связи с этим понятно, что идиотия и умственная отсталость не могут рассматриваться как болезненные отклонения даже и в том случае, если они вызваны именно болезнью, неким врожденным изъяном или органическим пороком. Они суть временны́е переменные, простые стадии нормативного развития ребенка. Идиот, прежде принадлежавший болезни, отныне принадлежит детству.

И эта перемена имеет ряд следствий, главным из которых, несомненно, является следующее: если идиот или умственно отсталый — это остановившийся на некоторой ступени — не в пределах поля болезни, а во временных пределах детства, это значит, что уход за ним по сути своей не должен отличаться от ухода за любым ребенком, то есть единственным способом лечения идиота или умственно отсталого оказывается просто-напросто их воспитание — разумеется, с вариантами в зависимости от случая, с методическими спецификациями, но все равно воспитание, приложение к ним общей воспитательной схемы. Терапевтикой идиотии становится педагогика как таковая, более радикальная, более углубленная педагогика, восходящая на более ранние стадии развития ребенка, но все-таки педагогика.

Есть также и шестой, последний важный пункт, который я хотел бы отметить. Для Сегюэна эти остановки, задержки, отставания в процессе развития не принадлежат к порядку болезни.[28] При этом ясно, что они санкционируются рядом феноменов, которые не имеют места, рядом организаций, которые не возникают, рядом навыков, которые ребенок не может приобрести: такова негативная сторона умственной отсталости. Но есть также и позитивные феномены, состоящие, собственно, в выявлении, возникновении, не-интеграции элементов, которые нормальное развитие сглаживало бы, вытесняло или интегрировало; в результате остановки или значительной задержки развития прорывается наружу то, что Сегюэн называет «инстинктом». «Инстинкт» есть для него то, что, будучи родом из детства, данным нам изначально, обнаруживается не усвоенным, во всей своей дикости, в рамках идиотии или умственной отсталости. «Идиотия, — пишет Сегюэн, — это порок нервной системы, крайним следствием которого является вывод всех или

некоторых органов и способностей ребенка из постоянного подчинения его воле, что предает пораженного власти инстинктов и увлекает его прочь из морального мира».[29]

Чтобы подытожить, можно сказать, что этот анализ слабоумия очерчивает нечто, что станет спецификацией в рамках детства ряда организаций, состояний, поведенческих типов, не являющихся собственно болезненными, но отклоняющихся от двух нормативных линий — от линии других детей и от линии взрослых. Возникает то, что как нельзя точнее определяется термином «аномалия»: слабоумный или умственно отсталый ребенок является не больным, а ненормальным.

Кроме того, помимо нарушений, отклонений от нормы, эта аномалия включает и позитивные феномены, нечто высвобождает. И это инстинкт, то есть не симптомы, а некие одновременно естественные и анархические элементы. Чем для болезни являются симптомы, тем для аномалии оказываются инстинкты. Действительно, аномалия имеет не столько симптомы, сколько инстинкты, которые в некотором роде — ее естественная среда.* Инстинкт как действительное содержание аномалии — вот к чему, как мне кажется, подводит анализ умственной отсталости и идиотии, предпринятый Сегюэном. На уровне дискурса и теории такова суть введения совершенно новой категории аномалии, в отличие от болезни. И по-моему, принципом расширения психиатрической власти стало именно присвоение этой новой категории медициной, именно психиатризация аномалии.

В самом деле, в то самое время, когда формировалась вкратце рассмотренная нами только что теоретическая область, шел — не исподволь и не в виде следствия, но строго одновременно и, отметим, как условие действительной возможности этих теоретических разработок — совершенно другой, на первый взгляд противоположный, процесс. На пути от Пинеля или Дюбюиссона к Сегюэну, минуя Эскироля, мы встречаем ряд попыток спецификации идиотии по отношению к безумию, разграничения идиотии и душевной болезни: теоретически, по

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Если болезнь характеризуется симптомами и выражается в дисфункциях или нехватках, то для аномалии не столько даже симптомом, сколько природой является инстинкт».

своему медицинскому статусу, идиотия — уже не болезнь. Но вместе с тем идет обратный процесс, относящийся на сей раз не к теории, а к уровню институциализации, — процесс поглощения, колонизации идиотии психиатрическим пространством. И это весьма любопытное явление.

Если вернуться к ситуации конца XVIII века, эпохи Пинеля, то и тогда в низших подразделениях приютов содержались люди, обозначавшиеся как «слабоумные». В большинстве своем это были взрослые, многие из которых позднее наверняка попадали и в категорию страдающих «деменцией»; встречались, однако, среди них и дети около десяти лет.[30] Когда же вопрос о слабоумии стал подниматься серьезно и в медицинских терминах, этих пациентов сразу же стали выделять, отграничивать от этого смешанного приютского пространства и переводить в основном в заведения для глухонемых, то есть в собственно педагогические институты, где восполнялись те или иные изъяны или недостатки. Таким образом, первая практическая попытка лечения идиотов имела место в приютах для глухонемых конца XVIII века, в частности в лечебнице Итара, где, что интересно, начал свою карьеру Сегюэн.[31]

Затем слабоумные постепенно приживались в больничном пространстве. В 1834 году Вуазен, один из видных психиатров своего времени, открыл «ортофреническую» лечебницу в Исси, предназначенную именно для умственно отсталых детей из бедных семей; впрочем, заведение это занимало все же промежуточное положение между специализированной педагогикой для глухонемых и собственно психиатрической лечебницей.[32] А уже в ближайшем будущем, в 1832—1845 годах, как раз когда Сегюэн трудился над определением идиотии в отличие от душевной болезни, в рамках крупных лечебниц, вновь открытых или подвергшихся переустройству, вводятся отделения для слабоумных, идиотов, нередко для истериков и эпилептиков детского возраста. Так, в 1831—1841 годах Ж.-П. Фальре открывает такое отделение в Сальпетриере,[33] а в 1833-м Феррюс обособляет детей-идиотов в Бисетре,[34] где тот же Сегюэн будет заведовать соответствующим отделением с 1842 года.[35]

Вся вторая половина XIX века проходит под знаком включения детей-идиотов в психиатрическое пространство. И хотя в 1873 году для них открывают специализированное учреждение

в Перре-Воклюз,[36] отделения слабоумных сохраняются в Бисетре,[37] в Сальпетриере,[38] в Виллежюифе[39] до конца столетия. Причем эта колонизация [осуществляется] не только путем открытия специальных отделений в психиатрических лечебницах; в 1840 году министр иностранных дел определяет своим указом, что закон от 1838 года о принудительном лечении душевнобольных распространяется и на идиотов, и это, в общем, рутинное министерское решение, основанное на принципе, согласно которому идиоты — одна из категорий сумасшедших.[40]

Таким образом, одновременно с теоретическим введением четкого разграничения душевной болезни и идиотии продолжают существовать институты, принимаются административные меры, соединяющие два этих разделяемых феномена вместе. Чем же обусловлено это институциональное присоединение, современное разграничению в теории?

Можно предположить, что последнее является лишь следствием организации в это время начального образования согласно закону Гизо от 1833 года.[41] Можно решить, что умственная отсталость, слабоумие, отфильтрованные введенным повсеместно начальным образованием, — и обнаруженные таким образом, поскольку они оказались проблемой в школе, идиоты — постепенно вытесняются в лечебницы. И это верно, но не для той эпохи, о которой я говорю сейчас. Действительно, в конце XIX века общераспространенное начальное образование послужит таким фильтром, именно в школьной среде будут проводиться в это время исследования умственной отсталости — я имею в виду, что именно в школах будут черпать материал для них.[42] Их будут осуществлять совместно с учителями, и вопросы, ими поднимаемые, будут касаться собственно природы и возможностей школьного обучения. Так, когда такое исследование предпримет Рей (в 1892—1893 годах в Буш-дю-Рон), он обратится к учителям и спросит у них с целью обнаружить идиотов, слабоумных, умственно отсталых, кто из детей не повинуется школьным методам, кто из них особенно вспыльчив и кто, наконец, вообще не способен посещать уроки.[43] Полученные таким образом данные и вошли затем в подробное досье ученого. Начальное образование действительно стало служить в исследовании феноменов умственной отсталости фильтром и референтной системой.

Но в эпоху, о которой я говорю, в 1830—1840-е годы, важнее было другое. Проблема того, куда поместить слабоумных, поднималась тогда не в перспективе их школьного обучения, не в силу его невозможности. Место, которое подобало бы идиотам, искали не ради того, чтобы выучить их, не исходя из их способности учиться, а исходя из занятости их родителей: как сделать, чтобы слабоумный ребенок, требующий особого ухода, не мешал его родителям трудиться? Этот вопрос возник одновременно с общей проблемой присмотра за детьми, поднятой введением закона о начальном образовании. Как вы знаете, открывать «дома присмотра», ясли и детские сады, отдавать детей в школы стали в 1830-е годы не столько чтобы подготовить к последующей работе их самих, сколько чтобы освободить для работы время родителей.[44] Разгрузить взрослых от заботы о детях и тем самым насытить рынок рабочей силы — [вот что] было целью организации детских воспитательных и учебных заведений в это время.

Этим же объяснялось и открытие специальных учреждений для слабоумных. Напомню вам, что Вуазен создал свою «ортофреническую» лечебницу на улице Севр в расчете вовсе не на богатых родителей, готовых оплачивать пребывание там своих детей, а на бедных. А вот слова Фернальда, сказанные несколько позднее, но очень точно отразившие эту тенденцию: «Если в семье уход за ребенком-идиотом требует времени и усилий одного человека, то в приютах пропорция служащих по отношению к детям составляет не более чем один к пяти. Дома забота о слабоумном, особенно если он инвалид, отбирает у его близких столько сил и средств, что вся семья впадает в нищету. Поэтому из соображений человечности и благоразумия сéмьи следует освободить от ухода за этими несчастными».[45]

Исходя из этой необходимости закон о помещении и содержании детей в интернатах и был отнесен также к бедным и слабоумным. Институциональная ассимиляция идиота и безумца обусловливалась не чем иным, как стремлением освободить время родителей для работы. И это подводит нас к заключению, которое делает в 1853 году Паршапп на страницах своих «Принципов организации и планировки лечебниц для душевнобольных»: «Умопомешательство подразумевает не только собственно безумие всех разновидностей и степеней [...], но также и идиотию,

вызванную врожденными пороками, и связанное с той или иной приобретенной болезнью слабоумие. Поэтому лечебницы для душевнобольных должны планироваться с расчетом на прием всех больных — и безумцев, и идиотов, и слабоумных».[46]

Как видите, спустя несколько лет после проведения четкого различения между безумием и слабоумием понятие умопомешательства как бы отходит на шаг назад и становится общей категорией, включающей все разновидности безумия, а также слабоумие и идиотию. «Умопомешательство» становится практическим понятием, которое удовлетворяет необходимость интернировать душевнобольных и слабоумных с помощью одних и тех же механизмов и в одни и те же учреждения. Практическое устранение различия между идиотией и душевной болезнью санкционируется этим более чем странным и очень абстрактным понятием «умопомешательства», как просто-напросто их общей оболочкой.

И как только слабоумные дети попадают в больничное пространство, действующая на них власть оказывается в чистом виде психиатрической властью, причем в данном случае она не предполагает какой-либо разработки. Если в лечебницах для душевнобольных идет целый ряд процессов, которые постепенно и очень значительно углубляют эту власть, то в отделения для идиотов она просто вступает, подключается к ним и сохраняется неизменной многие годы. Во всяком случае, сопоставив четкое разграничение душевной болезни и идиотии, проводимое Сегюэном в «Моральном лечении идиотов», и его же собственную практическую работу с идиотами и слабоумными в Бисетре, мы увидим, что в последнем случае он без каких-либо поправок и даже в огрубленном, упрощенном виде применяет схемы психиатрической власти. Внутри этой практики, вполне канонической с точки зрения методов воспитания идиотов, мы обнаруживаем не что иное, как механизмы психиатрической власти. Воспитание слабоумных и ненормальных — это и есть психиатрическая власть в чистом виде.

В самом деле, что делает Сегюэн в Бисетре в 1842—1843 годах? Прежде всего он разрабатывает метод воспитания идиотов, который сам, впрочем, называет «моральным лечением», используя термин Лере — своего предшественника. Этот метод задумывается им как состязание между двумя волями: «Борь-

ба одной воли с другой, более или менее долгая, завершается победой учителя или ученика».[47] Напомню, что в психиатрическом «моральном лечении» состязание больного и врача как раз и было борьбой между двумя волями за власть. Почти такую же формулировку и почти такую же практику мы находим и у Сегюэна, но важно понять, как Сегюэн может говорить о состязании между волями при том, что дело касается взрослого и умственно отсталого ребенка, идиота. Именно о двух волях, именно о состязании учителя и идиота следует вести речь, — утверждает Сегюэн, — ибо хотя идиот на первый взгляд лишен воли, на самом деле он обладает волей к безволию, каковой, собственно, характеризуется инстинкт. Ведь что такое «инстинкт»? Это некая анархическая форма воли, заключающаяся в отказе согласоваться с волей других; это воля, не желающая повиноваться схеме монархической воли индивида и, как следствие, отвергающая всякий порядок и всякую интеграцию в какую угодно систему. Инстинкт — это воля, которая «*хочет* не *хотеть*»[48] и упрямо не желает становиться взрослой волей, характеризующейся, по Сегюэну, способностью подчиняться. Инстинкт — это бесконечная серия мелких отказов, противопоставляемых всякой воле другого. И здесь мы обнаруживаем еще одно расхождение с безумием. Идиот упрямо говорит «нет», тогда как безумец говорит «да», самонадеянное «да» всем своим заблуждениям, и повреждение воли безумца состоит именно в согласии даже с полной нелепицей. Идиот, по Сегюэну, — это тот, кто на все отвечает «нет», упорно и ни с чем не считаясь; следовательно, роль учителя в случае с ним практически совпадает с ролью психиатра в случае с безумцем: психиатр призван укротить «да» больного и превратить его в «нет», а учитель смиряет в слабоумном «нет» и добивается «да», согласия.* Сегюэн пишет: «Упорному нет, нет, нет, которое идиот повторяет без конца, скрестив или опустив руки, ударяя себя кулаками в грудь»,[49] — следует противопоставить «силу, изводящую его словами: надо! надо! Учитель должен говорить ему это достаточно громко и твердо, с достаточно раннего возраста и на протяжении долгого времени, чтобы он внял и взошел на высоту человека».[50]

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Специальное обучение и есть состязание с этим „нет“».

Таким образом, мы имеем дело с состязанием того же типа, что и в психиатрической власти; оно ведется по принципу сверхвласти учителя, установленной, так же как и в психиатрии, раз и навсегда. И специальное воспитание тоже осуществляется через отношение к телу учителя, так же как лечение — через отношение к телу психиатра. Это всесилие учителя, явленное в его теле, подчеркивается и практикуется Сегюэном.

Во-первых, оно выражается во всестороннем присвоении семейной власти. Учитель должен стать полновластным хозяином ребенка: «Если ребенок доверен Учителю, то родителям остается право на боль, а Учителю — право на власть. Властный в приложении своего метода, властный над ребенком, властный над семьей в ее отношениях с ребенком, *Magister*,* он — Господин втройне или не господин вовсе», — такова знаменательная формула Сегюэна, который, надо полагать, не слишком хорошо знал латынь.[51] Он — господин уже на телесном уровне и подобно психиатру должен обладать отличными физическими данными. «Неуклюжая, расслабленная походка, невнятная жестикуляция, широко расставленные, тусклые или моргающие глаза, пассивный и невыразительный взгляд, слабые, вялые губы, неправильное или слишком монотонное произношение, гортанный, носовой или глуховатый голос», — все это недопустимо для желающего стать Учителем слабоумных.[52] Он должен демонстрировать физическое превосходство рядом с идиотом, казаться ему одновременно сильным и непостижимым: «Учитель должен иметь твердую походку, ясно говорить и жестикулировать, проявлять решительность, которая сразу привлечет внимание идиота, заострит его взгляд, заставит внимать словам старшего и уважать его».[53]

Подключившись к этому безупречному и всесильному телу, идиот и станет воспитываться. Это подключение, во-вторых, носит физический характер, и проводником реальности педагогического посыла выступает тело учителя. Теорию и практику поединка слабоумного ребенка и всесильного учителя предоставляет нам тот же Сегюэн. Например, он рассказывает, как ему удалось смирить одного вспыльчивого ребенка: «А. А. обладал неукротимым темпераментом: он карабкался, как кошка,

* Учитель, наставник (*лат.*). — *Примеч. пер.*

ускользал из рук, как мышь, его невозможно было удержать в неподвижности и трех секунд. И вот я усаживаю его на стул, сам сажусь напротив, так что его ноги и колени оказываются между моими, одной рукой держу обе его руки у себя на коленях, а другой — фиксирую перед собой его без конца отворачивающееся лицо. И делаю так пять недель подряд, исключая часы приема пищи и сна».[54] Как видим, подчинение и усмирение тела осуществляется путем полного физического контроля.

То же самое относится к взгляду. Как научить идиота смотреть? Разумеется, прежде всего его учат смотреть не на предметы, а на учителя. Его подступ к реальности мира, его внимание к различиям между предметами начинаются с восприятия учителя. Когда взгляд слабоумного уходит в сторону, отвлекается — «вы приближаетесь, ребенок противится вам; ваш взгляд ищет его взгляда, он уклоняется; вы настаиваете, он вновь уклоняется; когда вы, кажется, уже у цели, он закрывает глаза; вы немедленно тормошите его, чтобы он разнял веки и пропустил ваш взгляд. И если, впервые увидев вас однажды ценой ваших усилий, ребенок отторгнет вас или если его семья, стараясь стереть из памяти его прежнее состояние, представит кому-либо превратно потраченные вами ради него труды, все равно продолжайте свое неблагодарное дело — не из любви к отдельному человеку, но во имя триумфа доктрины, тайный смысл и целесообразность которой доступны пока только вам. Так, я четыре месяца кряду преследовал в пустоте неуловимый взгляд одного ребенка, и, когда его взгляд наконец встретился с моим, он отвернулся с истошным криком...»[55] Здесь как нельзя отчетливее проступает особенность психиатрической власти, заключающаяся в ее безоговорочной привязке к телу психиатра.

В-третьих, в рамках душевного лечения слабоумных детей мы вновь сталкиваемся с организацией дисциплинарного пространства, подобного пространству лечебницы: об этом свидетельствуют линейное распределение тел, устройство индивидуальных помещений, гимнастические упражнения и в целом — полное использование времени. Как скажет позднее Бурнвиль, «дети должны быть заняты с пробуждения до отхода ко сну. И занятия их следует постоянно варьировать [...] После подъема пусть они умоются, затем оденутся, вычистят одежду и обувь, заправят постель. Далее следует всячески поддерживать

их в бодрствующем состоянии (школа, мастерская, гимнастика, пение, игры, прогулки и т. д.) [...] до отбоя, а перед сном пусть дети научатся аккуратно укладывать одежду на стул».[56] Итак, полное использование времени и труд.

В Бисетре в 1893 году содержалось около двухсот детей, одни из которых работали с восьми до одиннадцати, а другие — с тринадцати до семнадцати часов в качестве щеточников, сапожников, корзинщиков и т. д.[57] Система работала превосходно: при продаже изготовленных товаров по очень низкой цене, через центральный магазин и минуя рынок, удавалось получать «семь тысяч франков прибыли»;[58] после оплаты труда учителей и текущих расходов, после компенсации затрат на строительство зданий лечебницы, оставалось семь тысяч франков, которые, как считал Бурнвиль, дадут слабоумным почувствовать, что они полезны обществу.[59]

И наконец, еще один, четвертый пункт, в котором прослеживаются больничные механизмы: власть над идиотами, как и психиатрическая власть, тавтологична в том смысле, о котором я уже говорил. Ведь что должна принести, транспортировать в лечебницу, к идиотам, психиатрическая власть, целиком и полностью опосредуемая телом учителя? Она должна принести не что иное, как внешнее, в конечном счете — школу как таковую, ту самую школу, к которой эти дети не смогли приспособиться и по сравнению с которой они как раз и были признаны идиотами. Иными словами, функционирующая здесь психиатрическая власть осуществляет школьную власть как абсолютную реальность, по отношению к которой идиот определяется как идиот, а осуществив школьную власть как реальность, дает ей властное дополнение, позволяющее школьной реальности охватить идиотов внутри лечебницы в виде общеобязательных правил поведения. Так что же делает психиатрическое лечение идиотов, если не повторяет в усиленной дисциплинарной форме содержание обычного воспитания?

Взгляните, например, какова была в конце XIX века программа обучения в лечебнице Перре-Воклюз. В 1895 году тамошнее отделение для слабоумных делилось на четыре секции. В четвертой секции, последней и низшей, учили только зрительно, с помощью деревянных предметов; по словам Бурнвиля, это детская ступень. Третья секция, уровнем выше, предпо-

лагала «уроки предметов, упражнения по чтению и рассказу, счету и письму», — это ступень подготовительных классов. Во второй секции учили более сложному счету, грамматике и истории — программе средних классов. И наконец, в первой секции уже можно было получить аттестат.[60]

Налицо тавтологическое повторение психиатрической властью школьного обучения. С одной стороны, школьная власть функционирует как реальность по отношению к власти психиатрической, которая назначает ее инстанцией, через которую сама она может установить, выявить умственно отсталых; а с другой — психиатрическая власть осуществляет школьную власть, наделяя ее властным дополнением, внутри лечебницы.

*

Идут два процесса: теоретическая спецификация идиотии и ее практическое присоединение психиатрической властью. Как же два этих противоположных процесса обусловили в итоге медикализацию?*

Их сопряжение, как мне кажется, имело под собой простое экономическое основание, в силу самой своей обыкновенности сыгравшее в генерализации психиатрической власти едва ли не бóльшую роль, чем психиатризация умственной отсталости. Пресловутый закон от 1838 года, которым определялись формы принудительной госпитализации и условия содержания малоимущих больных, был, как мы выяснили, отнесен и к слабоумным. Но согласно этому закону содержание каждого помещенного в лечебницу оплачивалось властями департамента или населенного пункта, где больной жил прежде; иначе говоря, финансовая ответственность по уходу за больным возлагалась на его родной город.[61] Поэтому многие годы, даже после распоряжения 1840 года, местные власти колебались, помещать ли умственно отсталых в лечебницы, сомневаясь, не окажутся ли финансовые обязательства непосильными для их бюджетов.[62] Об этом ясно говорят документы. Чтобы общее собрание региона, префектура или мэрия приняли решение отправить слабоумного в лечебницу, врач должен был засвидетельствовать им не только что тот действительно слабоумен, не только что он не в состоянии удовлетворять собственные потребности, — даже того, что его потребности не в силах удовлетворять семья, было недостаточно; врач должен был признать его опасным, способным совершить поджог, убить, изнасиловать и т. д. — только при этом условии местные власти брали на себя заботу о нем. Об этом без обиняков говорят врачи 1840—1860-х годов: мы вынуждены составлять подложные отчеты, сгущать краски, представлять идиотов и слабоумных опасными, лишь бы их [отправили в лечебницу].*

Понятие опасности становится необходимым условием превращения медицинской помощи в феномен защиты и одновременно согласия тех, кто оплачивает эту помощь, ее предоставить. Опасность — это третий элемент, позволяющий приступить к процедуре интернирования и ухода за слабоумным, и функция удостоверения этой опасности возлагается на медиков. Любопытно, однако, что это банальное обстоятельство, в котором впервые заявляет о себе проблема стоимости аномалии, затем сопровождающая историю психиатрии неотлучно, прямиком ведет к фундаментальным следствиям этой проблемы: с этих сетований врачей, которые в 1840—1850-х годах жалуются, что им приходится обвинять идиотов в общественной опасности, начинается целая традиция медицинской литературы, которая будет относиться к себе с годами все серьезнее и которая, если угодно, стигматизирует умственно отсталого, действительно превратит его в опасного индивида.[63] Через полвека, в 1894 году, когда Бурнвиль составит свой отчет под названием «Содержание, лечение и воспитание слабоумных и детей с врожденными пороками», дети-идиоты уже и в самом деле станут опасными.[64] В это время то и дело приводится ряд случаев, доказывающих опасность слабоумных: они опасны, потому что публично мастурбируют, совершают сексуальные преступления и поджоги. Такой серьезный ученый, как Бурнвиль, рассказывает в 1895** году в подтверждение опасности слабоумных

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «психиатрическую медикализацию».

* В магнитной записи лекции: лишь бы добиться заботы о них.

** В 1894-м; 1895-й — год публикации соответствующего текста.

следующую историю: некий житель департамента Эр изнасиловал слабоумную девушку, а затем заставил ее продавать свое тело; таким образом, слабоумная доказывает представляемую идиотами опасность, «даже сама будучи жертвой».[65] Вы найдете целый комплекс заключений подобного рода, я лишь привожу примеры. В 1895-м тот же Бурнвиль заявляет: «Криминальная антропология показала, что значительную часть преступников, закоренелых пьяниц и проституток составляют слабоумные от рождения, которых просто никто не пытался вылечить или дисциплинировать».[66]

Так вновь очерчивается широкий круг индивидов, представляющих общественную опасность, — тех самых, на которых еще в 1830-м обращал внимание Вуазен, говоривший о том, что нужно уделять особую заботу по отношению к детям «с трудным характером, чересчур скрытным, самовлюбленным, неоправданно гордым, вспыльчивым и имеющим дурные наклонности».[67] На изоляцию всех их как раз и нацеливалась описанная выше стигматизация слабоумных, необходимая, чтобы приступить к уходу. Так приобретает контуры обширная область ненормальных и вместе с тем опасных детей, которую, словно некий пандемониум, рисует в своей работе 1895 года Бурнвиль, говоря, что, имея дело с идиотами, мы одновременно, через них и в неразрывной связи с идиотией, сталкиваемся с целым комплексом инстинктивных по сути своей извращений. Понятие инстинкта, как вы видите, обеспечивает смычку теории Сегюэна и психиатрической практики. Дети, которых нужно изолировать, — это «дети более или менее слабого умственного развития, пораженные извращениями инстинктов: воры, обманщики, онанисты, педерасты, поджигатели, разрушители, убийцы, отравители и т. д.».[68]

Все это семейство, заново сосредоточенное вокруг слабоумного, и образует область ненормальных детей. В психиатрии XIX века (я временно оставляю за скобками проблемы физиологии и патологической анатомии) категория аномалии совершенно не затрагивала взрослых и относилась исключительно к детям. Подытожить сказанное сегодня, как мне кажется, можно следующим образом: безумцем был в XIX веке взрослый, тогда как реальная возможность детского безумия до самого конца столетия не предполагалась; не иначе как путем ретроспективной проекции взрослого безумия на ребенка было в итоге открыто нечто, названное безумием детским, сначала — дети-душевнобольные Шарко, а затем — и дети-безумцы Фрейда. В целом же роль безумца принадлежала в XIX веке взрослому, а ненормальным, напротив, был ребенок. Ребенок выступал носителем аномалий, и вокруг слабоумного, вокруг поднятых изоляцией слабоумного практических проблем оформилось целое семейство, включающее лгунов и отравителей, педерастов и убийц, онанистов и поджигателей, — общее поле аномалии, в сердцевине которого находится умственно отсталый, слабоумный ребенок, ребенок-идиот. Именно через практические проблемы, связанные с ребенком-идиотом, психиатрия постепенно пришла к превращению из власти контроля над безумием, исправления безумия, в нечто куда более общее и куда более опасное — во власть над ненормальным, во власть определения ненормальности, контроля над ней и ее исправления.

Эта двойная функция психиатрии как власти над безумием и как власти над аномалией соответствует разрыву, возникшему между практиками, относящимися к ребенку-безумцу и к ненормальному ребенку. Разграничение между безумным ребенком и ненормальным ребенком представляется мне одним из наиболее важных аспектов осуществления психиатрической власти в XIX веке. И очень просто, по-моему, перечислить основные следствия этого разграничения.

Во-первых, психиатрия подключилась благодаря ему — то есть потому, что оказалась и наукой о ненормальности, и властью над ней, — ко всему комплексу окружающих ее дисциплинарных режимов. Она получила право брать под свой контроль все ненормальное с точки зрения школьной, военной, семейной и т. д. дисциплины, все эти отклонения и аномалии. Путем определения сферы детской ненормальности шли генерализация, расширение, распространение психиатрической власти в нашем обществе.

Во-вторых, психиатрия, как власть над безумием и власть над аномалией, оказалась нагружена внутренней обязанностью — и это уже не внешнее, а внутреннее следствие ее расширения, — определять связи, могущие иметь место между ненормальным ребенком и взрослым-безумцем. Именно с этой целью во второй половине XIX века вырабатываются два понятия, по-

зволяющие перекинуть мост между ними: с одной стороны, понятие инстинкта, а с другой — понятие дегенеративности.

В самом деле, инстинкт — это элемент, естественный в своем существовании, но ненормальный в своем анархическом действии, ненормальный всегда, когда он не поддается контролю, не подавляется. И психиатрия принимается выслеживать этот одновременно естественный и ненормальный инстинкт как элемент, как единство природы и аномалии; она пытается шаг за шагом восстановить его судьбу с детства до зрелого возраста, от природы до аномалии и от аномалии до болезни.[69] Судьба инстинкта на пути от ребенка к взрослому дает психиатрии надежду связать ненормального ребенка с взрослым безумцем.

Вторым важным понятием, располагающимся напротив инстинкта, становится понятие «дегенеративности» — несчастливое в отличие от инстинкта, который так или иначе имел хождение гораздо дольше. И все же понятие дегенеративности представляет интерес, поскольку не является, вопреки расхожему мнению, проекцией на психиатрию биологического эволюционизма. Да, последний вмешается в историю психиатрии, воспользуется этим понятием и нагрузит его рядом коннотаций, но лишь впоследствии.[70]

Дегенеративность, как определил ее Морель, возникла в психиатрии до Дарвина, до эволюционизма.[71] Что же такое дегенеративность в эпоху Мореля, притом что в глубине это понятие оставалось таковым до самого своего заката, то есть до начала XX века?[72] «Дегенератом» стали называть ребенка, который обременен, словно некими стигматами или метками, последствиями безумия его родителей или более далеких предков. Таким образом, дегенеративность — это в некотором смысле следствие аномалии, полученное ребенком от родителей. И вместе с тем дегенерат — это ненормальный ребенок, аномалия которого такова, что при определенных обстоятельствах и в результате некоторых процессов она может привести к безумию. Иными словами, дегенеративность — это предрасположенность к аномалиям, которая угрожает ребенку безумием по достижении зрелости, и одновременно аномальная метка на нем, вызванная безумием его родителей.

Как вы видите, понятие дегенеративности разводит семью, взятых в целом, причем без строгого определения, предков, и

ребенка, чтобы представить семью своего рода коллективным основанием двойственного феномена, который составляют аномалия и безумие.[73] Аномалия приводит к безумию, а безумие в свою очередь вызывает аномалию именно потому, что мы принадлежим к этому коллективному основанию — семье.

Перейду к третьему и последнему следствию разграничения безумия и аномалии. Поиск исходной точки и характера генерализации психиатрии привел нас к двум понятиям: дегенеративность и инстинкт. И с этими понятиями подает первые признаки жизни то, что станет, в очень приблизительном определении, полем психоанализа, — я имею в виду под этим семейную судьбу инстинкта. Чем оказывается инстинкт в семье? Чем характеризуется система обменов, идущих между предками и потомками, родителями и детьми, — система, которой затрагивается инстинкт? Возьмите два эти понятия, свяжите их друг с другом, и в очерченной ими области заявит о себе, заговорит психоанализ.

Таким образом, мы обнаруживаем принцип генерализации психиатрии на стороне ребенка, а не взрослого, не в обобщенном употреблении понятия душевной болезни, а, наоборот, в практическом ограничении поля аномалий. И в рамках этой генерализации с опорой на ребенка и аномалию, а не на взрослого и болезнь, формируется то, что станет объектом психоанализа.

Примечания

[1] *Canguilhem G.* Le Normal et le Pathologique (1943). Paris: Presses universitaires de France, 1972. P. 175.

[2] В 1856 г. К. С. Ле Помье опубликовал исследование, специально посвященное ребенку-безумцу: *Le Paulmier C. S.* Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie // Th. Méd. Paris. N 162. Paris: impr. Rignoux, 1856. В свою очередь перу Поля Моро де Тура (1844—1908) принадлежит книга, которую можно считать первым трактатом по детской психиатрии: *Moreau de Tours P.* La Folie chez les enfants. Paris: Baillière, 1888.

[3] После поездки в Россию в 1881 г. с целью лечения дочерей бывшего московского градоначальника и одного великого князя Шарко частным образом консультировал в своем парижском особняке на бульваре Сен-Жермен многих отпрысков богатых русских семей, пораженных

нервными расстройствами. Как сообщал корреспондент одной из газет, «его русская клиентура в Париже весьма многочисленна» (Le Temps. 18 mars 1881. P. 3). Эти случаи, так же как и случаи детей из Латинской Америки, не становились предметом публикации. Исключение составили болезнь тринадцатилетней «русской еврейки», упомянутая в лекции «Об истерии у мальчиков» (*Charcot J.-M.* De l'hystérie chez les jeunes garçons // Progrès médical. T. X. N 50. 16—23 décembre 1882. P. 985—987; N 51. 24—31 décembre 1882. P. 1003—1004), а также случаи г-жи А. пятнадцати лет и г-жи С. семнадцати лет, москвичек, кратко описанные в кн.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. Leçon VI. P. 92—96. См. также: Профессор Шарко / Пер. Л. А. Ростопчина: СПб.: Изд-во Суворина, 1894.

[4] Так, например, Эскироль, рассматривая слабоумие в контексте душевных болезней, вместе с тем предостерегает от отождествления идиота и душевнобольного, говоря, что «слабоумие нельзя смешивать с деменцией и другими душевными болезнями, хотя его и роднит с ними повреждение интеллектуальных и моральных способностей» (*Esquirol J.-E.-D.* Idiotisme // Dictionnaire des sciences médicales. T. XXIII. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1818. P. 509). Подобным же образом Жак Этьен Бельом (1800—1880), работавший в отделении слабоумных лечебницы Сальпетриер под руководством Эскироля, утверждает, что «это заболевание поражает исключительно детей, и всякую душевную болезнь, обнаруживающую у половозрелого больного проявления, подобные идиотии, следует тщательно с нею различать» (*Belhomme J. E.* Dissertation inaugurale présentée et soutenue a la faculté de Médecine de Paris, le 1 juillet 1824. Paris: Germer-Baillière, 1843. P. 52).

[5] «Буйство есть возмущение нервных и мышечных сил, вызванное ложными восприятием, воспоминанием или идеей и характеризующееся яростью, исступленным гневом в отношении присутствующих или отсутствующих предметов или людей, причин или свидетелей происходящего. Приступы безумия — это подлинные пароксизмы бреда, различные по продолжительности и частоте повторения» (*Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie... P. 106—107).

[6] Таково, например, различение «экстравагантного безумца» и «глупого безумца», проводимое Жозефом Дакеном: «Экстравагантный безумец ходит туда-сюда, пребывает в постоянном телесном возбуждении, не боится ни опасностей, ни угроз... У слабоумного же безумца органы рассудка словно бы отсутствуют вовсе; он всецело подчиняется неким внешним импульсам, не делая между ними никакого различия» (*Daquin J.* La Philosophie de la folie. Éd. 1791. P. 22; éd. 1987. P. 50).

[7] Так, Уильям Каллен (1710—1790) говорил о «врожденной деменции», которую определял как «неспособность рассудка к суждению,

из-за которой люди не воспринимают или не могут напомнить себе связи между предметами» (*Cullen W.* Apparatus ad nosologiam methodicam, sem Synopsis nosologiae methodicae in usum studiosorum. Édimbourg: W. W. Creech, 1769 [часть IV «Умопомешательства»]). Согласно Дезире Маглуару Бурнвилю (1840—1909) (*Bourneville D. M.* Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie. T. I: De l'idiotie. Paris: Lecrosnier & Babé, 1891. P. 4), Жан-Мишель Сагар (1702—1778) посвятил разновидности слабоумия, называемой им *amentia*, полторы страницы в своем труде: *Sagar J.-M.* Systema morborum symptomaticum secundum classes, ordines, genera et species. Vienne: Kraus, 1776. Франсуа Фодере считал «врожденную деменцию тождественной идиотии» и определял ее как «полную или частичную утрату аффективных способностей и полное отсутствие способностей интеллектуальных, врожденных или приобретенных» (*Fodéré F.* Traité du délire. T. I. P. 419—420).

[8] Томас Уиллис объединял под рубрикой *Stupiditas sive morosis* класс душевных болезней в главе XIII своего трактата: *Willis Th.* De Anima Brutorum, quae hominis vitalis ac sensitiva est [...]. Londres: R. Davis, 1672 (*Willis Th.* Two Discourses concerning the Soul of Brutes, Which Is That of the Vital and Sensitive of Man / Éd. Par S. Pordage. Londres: Harper & Leigh, 1683). Эта глава под названием «О слабоумии, или безумии» воспроизводится в кн.: *Cranefield P.* A seventeenth-century view of mental deficiency and schizophrenia: Thomas Willis on «Stupidity and Foolishness» // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 35. N 4. 1961. P. 291—316. Ср. p. 293: «Слабоумие, или *Morosis*, хотя оно поражает, как правило, разумную душу и обозначает слабость интеллекта и способности суждения, ошибочно не включают в число заболеваний головы или головного мозга, ссылаясь на то, что „это затмение высшего душевного дара проистекает из дефекта воображения и памяти“» (пер. на фр. Жака Лагранжа). М. Фуко говорит об Уиллисе в «Истории безумия»: *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 270—271, 278—280. Ср.: *Vinchon J. & Vié P.* Un maître de la neuropsychiatrie au XVII siècle: Thomas Willis (1662—1675) // Annales médico-psychologiques. 12 série. T. II. Juillet 1928. P. 109—144. Франсуа Буассье де Соваж (1706—1767) в кн.: *Boissier de Sauvages F.* Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta, Sydenhami mentem et botanicorum ordinem. T. II. Amsterdam: De Tournes, 1763 (trad. fr.: *Boissier de Sauvages F.* Nosologie méthodique, ou Distribution des maladies en classes, en genres et en espèces suivant l'esprit de Sydenham et l'ordre des botanistes. T. II / Trad. Gouvion. Lyon: Buyset, 1771) — посвятил главу *amentia*, восьмому виду болезней: «Amentia, или Слабоумие» (p. 340: «Под слабоумием, унынием, глупостью, тупоумием понимают дебилизм, недоразвитие или отсутствие способности воображения и суждения, не

сопровождающиеся бредом»). Ср.: *King L. S.* Boissier de Sauvages and eighteen-century nosology // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 40. N 1. 1966. P. 43—51. Жан-Батист Теофиль Жаклен Дюбюиссон (1770—1836) определял «идиотизм» как «состояние заторможенности или отсутствия интеллектуальных и аффективных функций, вызывающее более или менее полное притупление реакций» (*Dubuisson J.-B. Th. J.* Des vésanies ou maladies mentales. Paris: Méquignon, 1816. P. 281). Жорже добавил к видам умопомешательства, определенным Пинелем, «четвертый вид, который можно было бы обозначить как слабоумие», и характеризующийся «болезненной невыявленностью идей, которыми больной либо не обладает, либо которые он не в состоянии выразить» (*Georget E. J.* De la folie. P. 115). См. также: *Ritti A.* Stupeur — Stupidité // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 3 série. T. XII. Paris: Masson / Asselin, 1883. P. 454—469.

[9] Так, Буассье де Соваж включал *ingenii imbecilitas* в XVIII класс своей нозографии, посвященный *amentia* (*Boissier de Sauvages F.* Nosologie... T. II. P. 334—342). Для Жозефа Дакена «слова „деменция" и „слабоумие" почти синонимичны» с той, однако, разницей, что «первая представляет собой полную утрату рассудка, тогда как второе обозначает лишь ослабление его функций» (*Daquin J.* La Philosophie de la folie. Éd. 1791. P. 51).

[10] Ж. Э. Бельом: «Отличить идиотию от деменции легко [...]. Идиотия возникает с рождения или по крайней мере до того, как интеллект сформируется полностью. Деменция же проявляется уже после полового созревания. Первая относится исключительно к детям, вторая, как правило, является старческой болезнью» (*Belhomme E. J.* Essai sur l'idiotie. Propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence. Paris: Didot Jeune, 1824. P. 32—33). Об истории представлений об идиотии см.: [a] *Seguin E.* Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement. Paris: Baillière, 1846. P. 23—32; [b] *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. P. 1—7 (глава I: «Исторический обзор содержания и лечения детей-идиотов и дегенератов»); [c] *Kanner L.* A History of the Care and Study of the Mentally Retarded. III Springfield, C. C. Thomas, 1964; [d] *Netchine G.* Idiots, débiles et savants au XIX siècle // Zazzo R. Les Débilités mentales. P. 70—107; [e] *Myrvold R.* L'Arriération mentale. De Pinel à Binet-Simon. Th. Méd. Paris. 1973. N 67 [б. м.; б. д.].

[11] См.: [a] *Esquirol J. E.* D. Délire // Dictionnaire des sciences médicales. T. VIII. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1814. P. 255: «Апиретический [т. е. не сопровождающийся лихорадкой. — *Ж. Л.*] бред является патогномическим признаком душевных расстройств»; [b] *Georget E. J.* De la folie.

P. 75: «Основным симптомом этой болезни [...] являются умственные расстройства, именуемые бредом; не бывает безумия без бреда». В другом месте М. Фуко заключает, что для медицины XVIII века «скрытый бред существует во всех нарушениях рассудка» (*Foucault M.* Histoire de la folie. Éd. 1972. P. 254).

[12] *Dubuisson J.-B.* Th. J. Des vésanies... P. 281.

[13] Ф. Пинель числит «идиотизм» среди «видов» умопомешательства. См.: *Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie. Éd. 1800. P. 166—176 (раздел IV: «Деление умопомешательства на различные виды. Пятый вид умопомешательства: Идиотизм, или отсутствие интеллектуальных и аффективных способностей»).

[14] *Esquirol J. E. D.* [1] Hallucinations // Dictionnaire des sciences médicales. T. XX. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1817. P. 64—71; [2] Idiotisme // Dictionnaire des sciences médicales. T. XXIII. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1818. P. 507—524; [3] De l'idiotie (1820) // Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiènique et médico-légal. T. II. P. 286—397.

[15] Речь идет о диссертации Жака Этьена Бельома, защищенной 1 июля 1824 г.: *Belhomme J. E.* Essai sur l'idiotie. Propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence // Th. Méd. Paris. N 125; Paris: Didot Jeune, 1824 (переиздание с некоторыми исправлениями: Paris: Germer-Baillière, 1843).

[16] *Esquirol J. E. D.* De l'idiotie. P. 284.

[17] *Belhomme J. E.* Essai sur l'idiotie. Éd. 1843. P. 51.

[18] *Esquirol J. E. D.* De l'idiotie. P. 284: «Идиотия возникает с рождения или в возрасте, предшествующем полному развитию интеллектуальных и аффективных способностей... Деменция же, подобно мании и мономании, развивается только у половозрелых индивидов». См. также: *Belhomme E. J.* Essai sur l'idiotie. Éd. 1843. P. 51.

[19] *Esquirol J. E. D.* De l'idiotie. P. 284—285: «Идиотами им суждено быть всю жизнь... Это состояние не предполагает возможного изменения», тогда как «деменция [...] может развиваться с различной быстротой. Хроническая деменция, старческая деменция усугубляются с каждым годом... При деменции можно выздороветь, остановка ее течения возможна». И такие алиенисты, как, в частности, Луи Флорантен Кальмей (1798—1895), Ашиль Фовиль, Этьен Жорже, Луи Франсуа Лелю (1804—1877), Франсуа Лере (1797—1851), отстаивали идею содержания идиотов в лечебницах именно потому, что тоже считали их неизлечимыми.

[20] [a] *Esquirol J. E. D.* De l'idiotie. P. 284: «Все имеет у них несовершенную или замершую на той или иной стадии развития организацию. При вскрытии черепной коробки почти всегда обнаруживаются

органические пороки»; [b] *Belhomme J. E.* Essaie sur l'idiotie. Éd. 1824. P. 33: «Идиот обнаруживает признаки несовершенного строения... При вскрытии у идиотов отмечаются физические и органические пороки»; [c] *Georget E. J.* De la folie. P. 105: «Идиоты и слабоумные не только имеют дефекты строения умственного органа (например, отверстия в ткани), но весь их организм, как правило, отмечен болезненным состоянием. В большинстве случаев они недоразвиты [...], многие из них рахитичны, поражены золотухой, параличом или эпилепсией, а иногда и сразу несколькими из этих недугов... Строение мозга таких больных, по всей видимости, столь же несовершенно, как и строение их прочих органов».

[21] Анри Жан-Батист Давен, генеральный директор Службы общественной помощи [Assistance Publique], 1 ноября 1852 г. подал префекту департамента Сены рапорт, в главе IV которого, посвященной обучению детей-идиотов и слабоумных, говорится: «Идиот — не кто иной, как обездоленный страдалец, которому врач не в силах вернуть то, что отнято у него природой» (*Davenne A. J.-B.* Rapport du Directeur de l'administration de l'Assistance Publique a M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du département de la Seine. Paris: Imprimerie de l'administration de l'Assistance Publique, 1852).

[22] Так, для Этьена Жорже идиоты, поскольку им присущ «врожденный порок развития, должны быть отнесены к категории монстров; и с точки зрения умственных способностей они — самые настоящие монстры» (*Georget E. J.* De la folie. P. 102. N 1). По поводу значений этого термина в XIX в. см.: *Davaine C.* Monstres // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. LXI. Paris: Asselin, 1874. P. 201—264.

[23] *Esquirol J. E. D.* De l'idiotie. P. 285: «При вскрытии тела иногда обнаруживаются органические пороки, но эти пороки носят случайный характер, ибо утолщение черепных костей, расхождение их стыков, будучи спутниками деменции, ни в коей мере не соответствуют неким общим физическим порокам».

[24] Ibid. P. 285.

[25] Эдуару Сегюэну (1812—1880), заместителю Жана Итара, главного врача Национального приюта глухонемых, в 1831 г. Итар и Эскироль доверили воспитание одного ребенка-идиота. Об этом эксперименте Сегюэн пишет в кн.: *Seguin E.* Essai sur l'éducation d'un enfant. Paris: Porthman, 1839. В 1840 г. он ввел свой метод в Приюте неизлечимых в предместье Сен-Мартен и вскоре публикует кн.: *Seguin E.* Théorie pratique de l'éducationdes enfants arriérés et idiots. Leçons aux jeunes idiots de l'Hospice des Incurables. Paris: Germer-Baillière, 1842. В 1842 г. Генеральный совет по делам приютов принял решение перевести детей-пациентов лечебницы Бисетр в особое отделение под руководством д-ра Феликса Вуазена, которое Сегюэн оставил в 1843 г. вследствие разногласий. Перед тем как в 1850 г. эмигрировать в США, он подытожил результаты своей практики в кн.: *Seguin E.* Traitement moral, hygiène et éducation des idiots... Paris: Baillière, 1846, — на страницах которой изложил также принципы «физиологического воспитания». После диссертации И. Сент-Ива (*Saint-Yves I.* Aperçus historiques sur les travaux concernant l'éducation médico-pédagogique: Itard, Bourneville // Th. Méd. Lyon. 1913—1914. N 103. Paris: P. Lethielleux, 1914) во Франции не вышло ни одной публикации о Сегюэне до 1970 г. Затем же см.: [a] *Beauchesne H.* Seguin, instituteur d'idiots a Bicêtre, ou la première équipe médico-pédagogique // Perspectives psychiatriques. Vol. 30. 1970. P. 11—14; [b] *Pelicier Y. & Thuillier G.* [1] Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830—1914) // Revue historique. Vol. 261. N 1. Janvier 1979. P. 99—130; [2] Édouard Seguin (1812—1880). L'instituteur des idiots. Paris: Éd. Economica, 1980; [c] *Brauner A.* Actes du colloque international: Cent ans après Édouard Seguin. Saint-Mandé, Groupement de recherches pratiques pour l'enfance, 1981; [d] *Martin J. G. G.* Une biographie française d'Onésime-Édouard Seguin (20 janvier 1812—28 octobre 1880), premier thérapeute des enfants arriérés, d'après ses écrits et les documents historiques // Th. Méd. Paris 5 — Saint-Antoine, 1981. N 134.

[26] *Seguin E.* Traitement moral, hygiène et éducation des idiots...

[27] Ibid. P. 72: «Говорили, что я смешиваю детей-идиотов с отсталыми, недоразвитыми детьми, — и говорили так именно потому, что я первым отметил огромное различие между ними».

[28] Ibid. P. 72: «Отсталый ребенок не остановился в своем развитии, просто он развивается медленнее, чем его сверстники».

[29] Ibid. P. 26: «Нет, идиотия — это не болезнь».

[30] Ibid. P. 107: В начале XIX в. лечебницы зачастую принимали вперемешку и взрослых, и детей — «идиотов», «слабоумных», «эпилептиков», почти не различавшихся с медицинской точки зрения до 1840 г. и даже позднее. Так, в Бисетре третье отделение душевнобольных включало в 1852 г. взрослых и детей, пораженных эпилепсией и идиотией. Ср.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. P. 4. О состоянии лечебниц см. также: *Davenne H. J.-B.* Rapport [...] sur le service des aliénés du département de la Seine.

[31] Жан Марк Гаспар Итар (1774—1838), хирург по образованию, 31 декабря 1800 г. получил назначение на должность главного врача Национального приюта глухонемых, директором которого был в то время аббат Сикар. И там при содействии управительницы приюта г-жи Герен д-р Итар подверг «моральному лечению», ведшемуся четыре года, десятилетнего ребенка, найденного в конце 1799 г. в лесах Лакома (Аверон). См. об этом: *Itard J. M. G.* [1] De l'éducation d'un

homme sauvage, ou des premiers développements physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron. Paris: Goujon, 1801; [2] Rapport fait à S. E. Le Ministre de l'Intérieur sur les nombreux développements de l'état actuel du sauvage de l'Aveyron [1806]. Paris: Imprimerie impériale, 1807 (переиздано Д. М. Бурнвилем под названием: Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité. T. II. Paris, Alcan, 1814; воспроизводится в кн.: *Malson L.* Les enfants sauvages, mythe et réalité, suivi de: *Itard J. [M. G.].* Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron. Paris: Union générale de l'édition, 1964).

[32] Феликс Вуазен (1794—1872), ученик Эскироля, занимавшийся проблемой лечения детей-идиотов, в июле 1822 г. вместе с Жаном-Пьером Фальре основал оздоровительный дом в Ва́нве (см.: *Voisin F.* Établissement pour le traitement des aliénés des deux sexes, fondé en juillet 1822 à Vanves. Paris: A. Belin, 1828). Затем, в 1833 г., Генеральный совет по делам приютов поручил Вуазену организацию отделения идиотов и эпилептиков в парижском Приюте неизлечимых на улице Севр. В 1834 г. он открыл в Исси-ле-Мулино (дом 14 по авеню Вожирар) «ортофреническую лечебницу» для детей-идиотов. Пациенты этого учреждения, так же как и Приюта неизлечимых, в 1836 г. были переведены в Бисетр, где с 1840 г. работал и Вуазен. Единственным документальным свидетельством об «ортофренической» лечебнице является рапорт Ш. К. А. Марка (1771—1840): *Marc Ch. Ch. H.* Rapport a M. Le Conseiller d'État, Préfet de police, sur l'établissemnt orthophrénique de M. Félix Voisin // Le Moniteur. 24 octobre 1834. (воспроизводится как приложение в кн.: *Voisin F.* De l'idiotie chez les enfants... P. 87—91 [см. ниже]). См.: *Voisin F.* [1] Applications de la physiologie du cerveau a l'étude des enfants qui nécessitent une éducation spéciale. Paris: Everat, 1830; [2] De l'idiotie chez les enfants, et les autres particularités d'intelligence ou de caractère qui nécessitent pour eux une instruction et une éducation spéciales de leur responsabilité morale. Paris: Baillière, 1843. См. также: *Voisin A.* Aperçu sur les règles de l'éducation et de l'instruction des idiots et des arriérés. Paris: Doin, 1882.

[33] Жан-Пьер Фальре, назначенный 30 марта 1831 г. главным врачом отделения идиотов в лечебнице Сальпетриер, объединил в «общей школе восемьдесят идиотов и слабоумных» и руководил этой школой до перехода в 1841 г. на должность главы отделения взрослых душевнобольных.

[34] В 1828 г., через два года после его назначения на должность главного врача лечебницы Бисетр, Гийом Феррюс организовал «своего рода школу» для детей-идиотов. Ср.: *Voisin F.* De l'idiotie [доклад, прочтенный в Академии медицины 24 января 1843 г.] (переиздано Д. М. Бурнвилем в кн.: *Bourneville D. M.* Recueil de mémoires... T. I. P. 268). А в 1833 г. Феррюс приступил к клиническому преподаванию — см.: *Ferrus G.* De l'idiotie ou idiotisme (Cours sur les maladies mentales) // Gazette des hôpitaux civils ou militaires. T. XII. 1838. P. 327—397.

[35] В ноябре 1842 г. по инициативе Феррюса, служившего тогда генеральным инспектором приютов, Эдуару Сегюэну было поручено руководство центром детей-идиотов и эпилептиков, переведенных из Приюта неизлечимых на попечение Феликса Вуазена. См. выше, примеч. 32.

[36] 27 ноября 1873 г. Генеральный совет департамента Сены принял решение национализировать ферму приюта Воклюз с целью организации колонии для подростков-идиотов, которая и открылась 5 августа 1876 г. См.: *Bourneville D. M.* Recueil des mémoires... P. 62—65 (глава IV: «Содержание детей-идиотов и эпилептиков в Париже и департаменте Сены: 1. Колония Воклюз»).

[37] Устройство специального отделения детей-идиотов и эпилептиков в Бисетре началось в 1882 г., но открылось оно только в 1892 г. См.: *Bourneville D. M.* [1] Recueil de mémoires... T. I. P. 69—78 (глава IV); [2] Histoire de la section des enfants de Bicêtre (1879—1889). Paris: Lecrosnier & Babé, 1889.

[38] Численность детей, содержавшихся в Сальпетриере в 1894 г., составляла 135 пациентов, в том числе 38 идиотов и 71 идиотов-эпилептиков. Ср.: *Bourneville D. M.* Recueil de mémoires... T. I. P. 67—69.

[39] В 1888 г. закрытое женское отделение приюта Виллежюиф было отдано под содержание и лечение умственно отсталых девочек, страдающих идиотией или эпилепсией, которых переводили из лечебниц Сальпетриер и Сент-Анн. Руководителем новой службы стал д-р Бриан. В 1894 г. в Виллежюифе содержались 75 идиоток и эпилептичек.

[40] Циркуляр от 14 августа 1840 г. гласил: «В соответствии с решением министра внутренних дел о применимости закона от 1838 г. к идиотам и слабоумным такие дети могут содержаться исключительно в лечебницах для душевнобольных. Поэтому Генеральный совет по делам приютов обязывает перевести больных детей из различных учреждений в лечебницу Бисетр» (см.: *Davenne H. J. B.* Rapport [...] sur le service des aliénés du département de la Seine. P. 62).

[41] Речь идет о законе от 28 июня 1833 г. о начальном образовании. Ср.: *Gontard M.* L'Enseignement primaire en France de la Révolution à la loi Guizot. Des petites écoles de la monarchie d'Ancien Régime aux écoles primaires de la monarchie bourgeoise / Thèse de doctorat ès lettres. Lyon, 1955; Lyon: [Audin], 1959.

[42] В целях подготовки к созданию специальных классов для отсталых детей Бурнвиль обратился в 1891 г. в муниципальное представительство V округа Парижа с просьбой предоставить ему статистику умственно отсталых. Первая такого рода аттестация была проведена

в 1894 г. в государственных школах V и VI округов французской столицы. Ср.: *Bourneville D. M.* [1] Note à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine. Le 2 mai 1896; [2] Création de classes spéciales pour les enfants arriérés. Paris: Alcan, 1898.

[43] В 1892 г. Филипп Рей, главный врач лечебницы Сен-Пьер в Марселе и генеральный советник департамента Воклюз, предпринял в целях создания «межрегионального учреждения для содержания и лечения отсталых и ненормальных детей» учет последних при помощи опросного листа, отправленного преподавателям начальной школы департаментов Нижней Роны и Воклюз. Ср.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 45, 197—198.

[44] Приведем слова Жана Дени Мари Кошена (1789—1841), основавшего в 1828 г., совместно с маркизом де Пасторе, «приютские классы»: «их выгода заключается в бесплатном или требующем минимальных затрат и при этом весьма значительном облегчении жизни людей, поскольку они разгружают каждую семью и либо предоставляют ее главе больше времени для работы, либо позволяют уменьшить число ответственных за присмотр за детьми» (*Cochin J. D. M.* Manuel des fondateurs et des directeurs des premières écoles de l'enfance connues sous le nom de «salles d'asile» [1833]. 4 éd. Avec une notice d'Augustin Cochin. Paris: Hachette, 1853. P. 32). Эти классы были официально признаны инструкцией от 28 марта 1831 г. Выпущенная после принятия закона от 28 июня 1833 г. о начальном образовании инструкция от 22 декабря 1837 г. определяла их статус в статье I: «Приютские классы, или начальные школы, суть благотворительные учреждения, в которые могут приниматься дети обоих полов до шести лет включительно для получения материнской заботы и начальных навыков, требуемых их возрастом» (*Cochin J. D. M.* Manuel des fondateurs et des directeurs des premières écoles de l'enfance. P. 231). Ср.: [a] *Cerise L.* Le Médecin de salle d'asile, ou Manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance. Paris: Hachette, 1836; [b] *Cochin A.* Notice sur la vie de J. D. M. Cochin, et sur l'origine et les progrès des salles d'asile. Paris: Duverger, 1852; [c] *Davenne H. J. B.* De l'organisation et du régime des secours publics en France. T. I. P. 76—82.

[45] *Fernald W.* The History of the Treatment of Feeble Mind. Boston: Mass., 1893 (цит. Д. М. Бурнвилем в кн.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 143).

[46] *Parchappe de Vinay J.-B.* Principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris: Masson, 1853. P. 6.

[47] *Seguin E.* Traitement moral, hygiène et éducation des idiots... P. 665. Ср.: *Kraft I.* Edward Seguin and 19th-century moral treatment of idiots // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 35. N 5. 1961. P. 393—418.

[48] *Seguin E.* Traitement moral, hygiène et éducation des idiots... P. 665.

[49] Ibid. P. 664.

[50] Ibid. P. 666.

[51] Ibid. P. 662.

[52] Ibid. P. 656.

[53] Ibid. P. 659.

[54] Ibid. P. 366.

[55] Ibid. P. 418—419 (глава XXXIX: «Гимнастика и воспитание нервной системы и сенсорных аппаратов». § 5. «Зрение»).

[56] *Bourneville D. M.* Considérations sommaires sur le traitement médico-pédagogique de l'idiotie // Bourneville D. M. Assistance, traitement et éducation... P. 242.

[57] Ibid. P. 237: «В конце 1893 г. двести детей были заняты в мастерских и распределялись следующим образом: 14 щеточников, 32 сапожника, 13 печатников, 19 столяров, 14 слесарей, 57 портных, 23 корзинщика, 8 плетельщиков стульев».

[58] Ibid. P. 238.

[59] «Дети радуются, видя, что их труд продуктивен, что он выражается в практических результатах, что их работа способствует их благополучию, обучению и взрослению» (Compte rendu du Service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre. Paris: Publications du Progrès médical. T. XX. 1900. P. XXXV).

[60] Открывшаяся 5 августа 1876 г. (см. выше, примеч. 36), колония Перре-Воклюз включала четыре отделения: «4 отделение. Обучение через зрение, уроки о предметах [...]; упражнения на развитие памяти; алфавит, деревянные буквы и цифры (по образцу Бисетра). 3 отделение. Дети, имеющие элементарные знания. Уроки о предметах, упражнения по чтению, речи, счету и письму [...]. 2 отделение. Дети, умеющие читать, писать и считать [...]; уроки грамматики, вычислений, французской истории и географии [...]. 1 отделение. Подготовка к получению аттестата о начальном образовании. Практически никаких отличий от начальной школы» (*Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 63—64).

[61] Это положение уточнялось в разделе III «Расходы по содержанию душевнобольных» закона от 30 июня 1838 г. Статья 28 этого закона устанавливала, что при отсутствии средств, оговоренных в статье 27, эти расходы «оплачиваются из налогов, предусмотренных финансовым законодательством, то есть из бюджета департамента, к которому принадлежит душевнобольной, вне зависимости от средств, выделяемых дополнительно собранием его родного города или местности, согласно базовым ставкам, предлагаемым Генеральным советом департамента, одобряемым префектом и утверждаемым правительством» (цитируется в кн.: *Castel R.* L'Ordre psychiatrique. P. 321).

[62] Д. М. Бурнвиль в рапорте, поданном в июне 1894 г., подчеркивал финансовые мотивы сопротивления властей департаментов и населенных пунктов, которые, заботясь о своих бюджетах, медлили с приемом в лечебницы детей-идиотов до тех пор, пока те не становились опасными (см.: *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 84).

[63] Так, с точки зрения Г. Феррюса, дети-идиоты и слабоумные подлежали действию закона от 1838 г., потому что, подобно душевнобольным, они могли считаться опасными: «Достаточно какого-либо мелкого обстоятельства, чтобы пробудить в них жестокие инстинкты и подтолкнуть их к самым вредоносным для общественной безопасности и порядка действиям» (цит. в кн.: *Davenne H. J. B.* Rapport [...] sur le service des aliénés du département de la Seine. P. 130 [приложение]). Жюль Фальре (1824—1902) также подчеркивал «всякого рода опасности, которые могут представлять для самих себя и для общества идиоты и слабоумные, так же как и душевнобольные» (*Falret J.* Des aliénés dangereux / Rapport à la Société médico-psychologique le 27 juillet 1868 [§ 10. «Идиоты и слабоумные»] // Falret J. Les Aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale. Paris. Baillière, 1890. P. 241).

[64] Д. М. Бурнвиль: «Не было такой недели, чтобы газеты не приводили случаи преступлений или правонарушений, совершенных идиотами, слабоумными или умственно отсталыми» (*Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 147).

[65] «Некто Мани [...], — читаем в „Эрской долине" (1891), — жестоко надругался над слабоумной девушкой, которая, впрочем, занималась проституцией» (*Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 147).

[66] *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 148.

[67] *Voisin F.* De l'idiotie chez les enfants. P. 83.

[68] *Bourneville D. M.* Assistance, traitement et éducation... P. 145.

[69] Во второй половине XIX в. исследования психиатров в области инстинкта шли на двух фронтах: на естественнонаучном фронте церебральной физиологии и на культурном фронте поиска компромисса между социальной адаптацией и моралью. Ср.: *Bouchardeau G.* La notion d'instinct, dans la clinique psychiatrique au XIX siècle // L'Évolution psychiatrique. T. XLIV. N 3. Juillet—septembre 1979. P. 617—632.

Валантен Маньян (1835—1916) установил связь между извращениями инстинкта у дегенератов и патологоанатомическими нарушениями спинномозговой системы и выразил ее в классификации, которая соотносила различные извращения с процессами возбуждения или торможения соответствующих им частей спинного мозга. См.: *Magnan V.* Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés [1861] // Magnan V. Recherches sur les centres nerveux. T. II. Paris: Masson, 1893. P. 353—369. См. также: [a] *Sérieux P.* Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. Th. Méd. Paris. 1888. N 50. Paris: Lecrosnier & Babé, 1888—1889; [b] *Féré Ch.* L'Instinct sexuel. Évolution et dissolution. Paris: Alcan, 1889. К этой теме М. Фуко возвращается в лекционном курсе «Ненормальные» (лекции от 5 февраля, 12 февраля и 21 марта 1975 г.) — см.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб., 2004. С. 148—167, 170—181, 352—362.

[70] Так, Жозеф Жюль Дежерин (1849—1917) в 1886 г. явно ориентируется на работы Дарвина в кн.: *Déjerine J. J.* L'Hérédité dans les maladies du système nerveux. Paris: Asselin et Houzeau, 1886. А В. Маньян, взяв за основу теорию Мореля, ввел в нее отсылки к понятию эволюции и к неврологическим локализациям дегенеративного процесса в кн.: *Magnan V.* Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris: Battaille, 1893; *Magnan V. & Legrain P.* Les Dégénérés (état mental et syndromes épisodiques). Paris: Rueff, 1895. См.: *Zaloszyc A.* Éléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française. Th. Méd. Strasbourg. Juillet 1975; [s. l. s. d.].

[71] За два года до публикации трактата Ч. Р. Дарвина «О происхождении видов...» (*Darwin C. R.* On the Origin of Species by means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. London: J. Murray, 1859) Б. О. Морель выпустил кн.: *Morel B. A.* Traité des dégénérescences physiques, intellectuels et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: Baillière, 1857. В ней он определяет дегенеративность так: «Наиболее отчетливо мы можем представить себе дегенеративность человеческого вида как болезненное отклонение от первоначального типа. И это отклонение, сколь бы ни казалось оно элементарным с точки зрения своего происхождения, заключает в себе элементы передачи по наследству, такого рода элементы, что несущий в себе зерно дегенеративности постепенно теряет способность выполнять свою функцию в человеческом обществе, а умственное развитие, прекратившееся у него, оказывается под угрозой и у его потомства» (p. 5). Психиатрия последователей Мореля сомкнется с эволюционизмом, однако лишь ценой отказа от представления о «совершенстве» как максимально точном соответствии некоему «первоначальному» типу в пользу, наоборот, его понимания как максимально возможного отдаления от «первоначала».

[72] *Dowbiggin I. R.* Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth-Century France. Berkley: University of California Press, 1991 (trad. fr.: *Dowbiggin I. R.* La Folie héréditaire, ou Comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX siècle / Préface de G. Lanteri-Laura. Paris: Éd. Epel, 1993).

[73] Достигнув апогея своего влияния в 1890-е гг., теория дегенеративности начала клониться к закату. Уже в 1894 г. ее подверг критике Фрейд в статье: *Freud S.* Die Abwehr-Neuropsychosen // Neurologisches Zentralblatt. 1894. Vol. 13. N 10. P. 362—364; N 11. P. 402—409 (trad. fr.: *Freud S.* Les psychonévroses de défense / Trad. J. Laplanche // Freud S. Névrose, Psychose et Perversion. Paris: Presses universitaires de France, 1973. P. 1—14). См. также: *Freud S.* Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Vienne: Deuticke, 1905 (trad. fr.: *Freud S.* Trois Essais sur la théorie de la sexualité / Trad. B. Reverchon-Jouve. Paris: Gallimard, 1923). В 1903 г. Жильбер Балле (1853—1916) писал в опубликованном под его редакцией «Трактате о ментальной патологии» (*Ballet G.*, éd. Traité de pathologie mentale. Paris: Doin, 1903), что не видит никакой надобности в том, чтобы включать термин «дегенеративность» в психиатрический словарь XX века (p. 273—275). Ср.: *Génil-Perrin G.* Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. Paris: A. Leclerc, 1913.

Лекция от 23 января 1974 г.

Психиатрическая власть и вопрос об истине: опрос и признание; магнетизм и гипноз; применение наркотиков. — Элементы истории истины: I. Истина-событие и ее формы: судебная, алхимическая и медицинская практики. — II. Переход к технологии доказательственной истины. Ее элементы: а) процедуры расследования; б) учреждение познающего субъекта; в) отход медицины от понятия кризиса; психиатрия и ее устои: дисциплинарное пространство лечебницы, обращение к патологической анатомии; связь между безумием и преступлением. — Психиатрическая власть и истерическое сопротивление.

Итак, мы проанализировали тот уровень психиатрической власти, где она предстает как власть, в которой и посредством которой вопрос об истине не поднимается. На определенном уровне, на уровне, скажем так, дисциплинарной работы психиатрического знания, функцией последнего является отнюдь не претворение некоторой терапевтической практики в истину, а скорее маркировка, придание психиатру признака дополнительной власти; иначе говоря, знание психиатра выступает одним из элементов, с помощью которых дисциплинарный диспозитив сосредоточивает вокруг безумия сверхвласть реальности.

Однако этот вывод оставляет за скобками ряд элементов, которые между тем имели место в исторический период, названный мною протопсихиатрией и продолжавшийся, в общем, с 1820-х до 1860—1870-х годов, до кризиса, вызванного истерией. Речь идет о сравнительно мелких, рассеянных элементах, в определенном смысле незаметных, не игравших значительной

роли в организации психиатрической власти, и тем не менее я считаю, что именно они оказались опорными точками процесса внутренней и внешней трансформации этой власти. И в этих рассеянных, малочисленных, отдельных очагах перед безумием ставился-таки, вразрез с общим характером работы дисциплинарного диспозитива, вопрос об истине. Мне видятся три таких очага, хотя не думаю, что этим их число исчерпывается; но так или иначе до радикальных перемен в психиатрии к безумию обращались с вопросом об истине в трех случаях.

Во-первых, это практика или ритуал опроса и получения признания — наиболее важный и постоянный из этих трех методов, который вместе с тем никогда не заявлял о себе в психиатрической практике очень уж громко. Второму методу выпала скачкообразная судьба, и хотя в определенный момент он вышел из употребления, его историческое значение, связанное с его катастрофическими последствиями для дисциплинарного мира лечебницы, очень велико; это метод магнетизма и гипноза. И наконец, третьим, широко известным методом, по поводу которого, однако, история психиатрии хранила весьма показательное молчание, было не то чтобы постоянное, но все же общераспространенное с 1840—1845 годов применение наркотиков, в основном эфира,[1] хлороформа,[2] опиума[3] и опиатов,[4] гашиша,[5] — целого арсенала средств, которые в течение десятилетия использовались в лечебницах едва ли не ежедневно и о которых историки психиатрии всегда старались помалкивать, хотя наряду с гипнозом и техникой опроса они были еще одним элементом, способствовавшим сдвигу или во всяком случае трансформации в психиатрических практике и власти.

Разумеется, эти техники двойственны, работают на двух уровнях. С одной стороны, они эффективно работают на дисциплинарном уровне; в этом смысле опрос призван привести индивида к норме его собственной идентичности. Кто ты? Как тебя зовут? Кто твои родители? В чем выражалось твое безумие? Таким образом индивида подключают и к его социальной идентичности, и к признанию им собственного безумия как вызванного его окружением. Опрос — это дисциплинарный метод, и его эффекты на этом уровне очевидны.

Гипноз, введенный в лечебницах XIX века очень рано, уже в 1820—1825 годах, когда он находился на совершенно эмпирической стадии развития и в целом отвергался медициной, использовался, несомненно, как вспомогательное средство физической, телесной власти врача.[6] В этом расширенном до пределов лечебницы пространстве тела врача, в рамках процесса, посредством которого службы лечебницы работали подобно нервной системе самого психиатра, так что его тело составляло с больничным пространством единое целое, во всей этой игре гипноз с его физическими эффектами функционировал как часть дисциплинарного механизма. И возвращаясь к наркотикам — опиуму, хлороформу, эфиру, можно сказать, что и они, как это имеет место доныне, служили дисциплинарным орудием, помогали установить порядок, покой и тишину.

Но с другой стороны, три эти элемента, легко прочитываемые в лечебнице и введенные там, разумеется, в дисциплинарных целях, оказывали, просто потому что они использовались, иное действие — приносили с собой и аккумулировали, отчасти вопреки возлагавшимся на них функциям, некоторый вопрос об истине. И в связи с этим они представляются мне проводниками слома дисциплинарной системы, поскольку медицинское знание, будучи еще не более чем признаком власти, оказалось принуждено говорить уже не просто в терминах власти, но также и в терминах истины.

*

Теперь я предлагаю открыть скобки и предпринять, в очень сжатом виде, историю истины вообще. Мне кажется, можно сказать следующее: знание, подобное тому, какое мы называем научным, — это знание, которое, по сути, предполагает, что всюду, в любом месте и в любом времени, есть истина. То есть, точнее говоря, есть такие моменты, когда истина дается научному знанию легче обычного, точки зрения, позволяющие уловить истину легче или с большей уверенностью; есть, наконец, орудия, позволяющие выявить истину, если она скрыта, спрятана или погружена в глубину. Так или иначе, для научной практики в целом истина всегда имеет место; истина непременно присутствует во всем или за всем, в отношении всего — в отношении чего угодно, о чем только можно поднять вопрос о ней. Истина

может быть спрятана, труднодостижима, но это связано исключительно с нашими собственными пределами, с обстоятельствами, в которых мы ее ищем. Истина сама по себе пронизывает весь мир, нигде не прерываясь. В истине нет черных дыр. Поэтому для знания научного типа не бывает столь скудной, столь незначительной, эфемерной или случайной вещи, чтобы она не поднимала вопроса об истине, предмета столь далекого или в равной степени столь близкого, чтобы его нельзя было спросить: что есть твоя истина? Истина живет везде и всюду, даже в пресловутом обрезке ногтя, о котором говорил Платон.[7] И это означает не только что истина вездесуща и вопрос об истине можно поднять всегда, но и что никому не принадлежит исключительная привилегия изречения истины, так же как никто заведомо не лишен права на ее изречение, при условии что он обладает орудиями, необходимыми для ее выявления, категориями для ее осмысления и адекватным языком для ее словесного выражения. Говоря еще более схематично, имеет место философско-научное полагание истины, связанное с определенной технологией построения или общепринятого нахождения истины, с технологией доказательства. Имеет место технология доказательственной истины, неразрывно связанная с научной практикой.

Но, как мне кажется, в нашей цивилизации существовало и полагание истины совершенно иного типа, которое, будучи несомненно более архаичным, нежели описанное выше, подверглось со стороны доказательственной технологии истины постепенному вытеснению или поглощению. И это полагание истины, обладающее, на мой взгляд, огромной важностью в истории нашей цивилизации, уже потому что оно оказалось поглощено и колонизировано другим, не мыслит истину дожидающейся нас везде и всегда — нас, способных выследить и постичь ее, где бы она ни находилась. Оно полагает разъятую, разрозненную, пунктирную истину, которая заговаривает или свершается лишь время от времени, где ей вздумается, то тут, то там, которая не имеет места везде, всегда и для всех, которая не ожидает нас, ибо предполагает собственные благоприятные моменты, собственные места обитания, собственных проводников и привилегированных носителей. Это истина, имеющая свою географию: дельфийский оракул,[8] изрекающий истину, изрекает ее только в Дельфах и не повторяет слова оракула из другой местности; бог, что врачует в Эпидавре[9] и говорит пришедшим к нему за советом, какова их болезнь и чем следует от нее лечиться, исцеляет и произносит истину только в Эпидавре и нигде более. Итак, это истина со своей географией, но также и со своим календарем, или во всяком случае хронологией.

Возьмем другой пример. В старой медицине кризисов — к ней я еще вернусь, — в древнегреческой, римской, средневековой медицине, всегда есть момент проявления истины болезни; это как раз момент кризиса, и ни в какой другой момент обнаружить эту истину нельзя. В алхимической практике истина тоже не дана, не ждет, пока мы придем и обнаружим ее; она, подобно молнии, быстротечна и по меньшей мере связана со случаем, *кайрос*, в момент которого и нужно ее постичь.[10]

Помимо собственных географии и календаря, эта истина имеет также своих исключительных и привилегированных проводников, операторов. Операторами пунктирной истины являются те, кто владеет тайнами мест и времен, те, кто прошел определенные профессиональные испытания, те, кто произносит внушенные слова или совершает ритуальные жесты, те избранные, на которых истина нисходит: пророки и прорицатели, невинные и слепцы, безумцы, мудрецы и т. д. И эта истина с собственными географией, календарем, проводниками и операторами не универсальна. То есть не то чтобы редка, но рассеянна: это истина, свершающаяся как событие.

Таким образом, мы имеем истину-констатацию (доказательственную истину) и истину-событие. Эту пунктирную истину можно назвать также истиной-молнией, в отличие от истины-неба, универсально наличествующей в виде облаков. Есть две серии в западноевропейской истории истины. Серия открытой, постоянной, стройной, доказанной истины и — серия истины, относящейся не к порядку сущего, а к порядку случающегося, данной не в виде открытия, а в виде события, не констатируемой, а вызываемой, выслеживаемой, — скорее продукта, нежели апофантики; истины, которую не обнаруживают посредством орудий, но призывают с помощью ритуалов, заманивают уловками, постигают благодаря случаю. Такая истина требует не метода, а стратегии; между истиной-событием и тем, кто ею постигнут, сам постиг ее или оказался ею поражен, нет субъектно-объектной связи. Между ними имеет место не отношение

познания, а скорее отношение шока — молнии, вспышки; или отношение охоты, во всяком случае — рискованное, обратимое, воинственное; отношение владычества и победы, то есть, таким образом, не познания, а власти.

Историю истины нередко трактуют в терминах забвения Бытия:[11] сторонники этого подхода, полагая забвение как фундаментальную категорию истории истины, облекают себя априорными привилегиями познания, так, словно забвение может состояться лишь при условии принятого, раз и навсегда установленного отношения познания. Поэтому, как мне кажется, они предпринимают историю только одной из двух серий, которые я попытался описать, а именно серии апофантической, обнаруживаемой истины, истины-констатации, истины-доказательства; они, собственно, и помещают себя внутри этой серии.

Я же пытался в предшествующие годы и хотел бы попытаться сейчас обратиться к истории истины со стороны другой серии,[12] вернуть права этой и в самом деле подавлявшейся, поглощавшейся, оттеснявшейся технологии истины-события, истины-ритуала, истины — отношения власти, наряду и в противовес истине-открытию, истине-методу, истине — отношению познания, которая, будучи таковой, предполагает субъект-объектную связь и располагается в ее рамках. Я хотел бы противопоставить истине-небу истину-молнию, то есть показать, что, с одной стороны, истина-доказательство, чью широту и силу, власть, которой она пользуется сегодня, бессмысленно отрицать, — что истина-доказательство, в целом тождественная в своем технологическом аспекте научной практике, в действительности проистекает из истины-ритуала, истины-события, истины-стратегии; и с другой — что истина-познание есть, в сущности, не что иное, как одна из областей или сторон, подавляющая с тех пор, как она разрослась до гигантских масштабов, но все же лишь одна сторона или модальность истины как события и технологии этой истины-события.

Показать, что научное доказательство также является ритуалом, что считаемый универсальным субъект познания — это на самом деле индивид, исторически характеризуемый согласно ряду модальностей, что открытие истины — это одна из модальностей производства истины; восстановить под тем, что преподносится как констатируемая или доказательственная истина, фундамент ритуалов, квалификаций познающего индивида, системы истина—событие, — это я, собственно, и называю археологией знания.[13]

Еще одна задача, которую я хотел бы осуществить, состоит в том, чтобы показать, как в ходе нашей истории, становления нашей цивилизации, и все стремительнее со времен Ренессанса, истина-познание разрасталась, чтобы в итоге приобрести свои нынешние масштабы; как она колонизировала истину-событие, паразитировала на ней и в результате сковала ее — возможно, навсегда и уж точно на время — подавляющим, тираническим властным отношением; как эта технология доказательственной истины захватила и вершит по сей день власть над истиной, технология которой тяготеет к событию, к стратегии, к охоте. Это можно было бы назвать генеалогией познания, являющейся необходимым историческим сопровождением археологии знания, и суть, а точнее, общие контуры которой я попробую представить вам в самом схематичном виде на материале нескольких исторических разборов. Разбор судебной практики позволит показать, как в этой практике постепенно складывались политико-юридические правила построения истины, в которых с установлением определенного типа политической власти начинает растворяться, исчезать технология истины-выпытывания, тогда как на смену ей приходит технология истины-констатации, истины, удостоверяемой свидетельствами, и т. п.

Сейчас же, в связи с психиатрией, я хотел бы показать, как на протяжении XIX века истина-событие постепенно перекрывается другой технологией истины или по меньшей мере как технологию истины-события стремились перекрыть в обращении с безумием технологией доказательственной, констатируемой истины. Аналогичный анализ может быть предпринят — и я займусь этим в ближайшие годы — также по отношению к педагогике и детству.[14]

Так или иначе, с исторической точки зрения вы можете возразить мне: все это очень красиво, однако серия истины-выпытывания или события не имеет в нашем обществе сколько-нибудь существенных коррелятов, и если технологию истины-события и можно обнаружить в старинных практиках, скажем, у оракулов, пророков и т. п., то теперь это дела давно минувших дней, и к ним нет необходимости возвращаться. Но я с этим не со-

гласен и считаю, что в действительности эта истина-событие, эта технология истины-молнии долгое время упорствовала в нашей цивилизации и оказала на нее огромное историческое воздействие.

Во-первых, вернемся к юридическим формам, о которых шла речь только что и в предшествующих курсах: важно, что они претерпели очень глубокую, фундаментальную трансформацию. Вспомните, что я говорил по поводу раннесредневековой юстиции, до XII века: средневековая процедура выяснения виновности или, точнее, назначения вины индивиду, разновидности которой объединяются термином «божий суд», вовсе не была методом действительного восстановления происшедшего. Дело состояло отнюдь не в том, чтобы воспроизвести в рамках «божьего суда» некий *аналогон*, картину реально случившегося как преступное деяние. «Божий суд» и подобные ему практики были процедурами, определявшими форму установления победителя в состязании двух участников тяжбы;[15] даже признание не являлось в средневековых судебных техниках этого периода признаком или методом нахождения признака виновности.[16] Пытки инквизиции не были формой рассуждения, практикуемой нынешними палачами: если пытаемый признает, что он виновен, это и будет наилучшим доказательством, более верным, чем даже свидетельство очевидца; средневековые палачи добивались отнюдь не такого доказательства *a fortiori*. Инквизиторская пытка устраивала между судьей и обвиняемым или подозреваемым подлинный физический поединок, правила которого были, разумеется, не то чтобы надувательскими, но абсолютно несоизмеримыми, без тени взаимного равенства, — поединок с целью выяснить, выдержит подозреваемый удар или нет. И когда тот сдавался, это становилось не столько неопровержимым доказательством его виновности, сколько просто-напросто реальным проигрышем в этой игре, в этом состязании, который и позволял его приговорить. Затем, в известном смысле во вторую очередь, все это встраивалось в некоторую знаковую систему: значит, Бог его оставил и т. п. Однако описанный проигрыш ни в коей мере не был прямым признаком виновности; он был просто последней стадией, последним эпизодом, заключением состязания.[17] И только с полной этатизацией уголовного суда произошел переход от этой техники установления истины через

выпытывание к ее установлению через констатацию, через свидетельство, через доказательство.[18]

Во-вторых, то же самое следует сказать и об алхимии. Почему собственно алхимия так и не была в полном смысле слова опровергнута химией, почему она не заняла место заблуждения, тупика в истории науки? Потому что она не соответствует и никогда не соответствовала технологии доказательственной истины, но всецело принадлежала технологии истины-события или истины-выпытывания.

Каковы в самом общем виде основные принципы алхимического исследования? Прежде всего это посвящение индивида, его духовная или аскетическая квалификация; он должен подготовиться к восприятию истины, причем не столько усвоением ряда знаний, сколько успешным прохождением предусмотренного ритуала.[19] Далее, сама алхимическая операция, алхимический *opus* — это не достижение некоего конечного результата; это ритуальная инсценировка ряда элементов, в числе которых благодаря стечению обстоятельств, вмешательству случая, удаче или благословению, возможно, окажется истина, которая воссияет или промелькнет, словно решающий миг, в некий ритуально определенный момент, который тем не менее всегда неизвестен алхимику, — тот как раз и должен узнать этот момент и постичь истину.[20] Поэтому, кстати, алхимическое знание всегда теряется и не следует тем правилам накопления, что свойственны знанию научного типа; оно всегда возвращается к исходной точке, всегда начинает с нуля, и каждый должен заново проходить полный цикл посвящений, ибо не может просто встать на плечи своих предшественников.

С единственной оговоркой: иногда алхимик словно бы выдает секрет, впрочем, всегда загадочный секрет, шифрованную формулу, которую можно счесть бессмысленной, но которая-то и заключает в себе самое главное. И этот секрет — настолько секретный, что даже узнать о том, что это секрет, можно лишь пройдя ритуальные посвящения, особую подготовку или при должном стечении обстоятельств, — как раз и выводит на путь к чему-то, что свершится или не свершится; причем, как бы то ни было, затем он вновь окажется утрачен или, как минимум, скрыт в некоем тексте или в таинственной формуле, которую случай впоследствии снова вручит как шанс, как древнегре-

ческий *кайрос*, кому-то, кто опять-таки узнает или не узнает ее.[21]

Итак, все это свойственно технологии истины, не имеющей ничего общего с технологией научной истины, и поэтому алхимия никак не вписывается в историю науки, даже на правах предзнаменования или возможности. Однако в рамках знания, которое, быть может, еще нельзя назвать научным, но которое приближается к таковому, обступает границы науки и складывается одновременно с ее рождением, в XVIII веке, — я имею в виду медицину, — эта технология истины-выпытывания или истины-события остается в ходу довольно долго.

Она составляет самую сердцевину медицинской практики многие века, я бы сказал, от Гиппократа[22] до Сайденхема[23] или даже до медицины XVIII века в целом, то есть на протяжении двадцати двух столетий.[24] В медицине, — но не в медицинской теории, не в той среде, где вызревали такие дисциплины, как анатомия или физиология, а в медицинской практике, в отношении, которое врач устанавливал с болезнью, — долгое время сохранялось нечто, коренившееся эти двадцать два века в технологии истины-выпытывания и отнюдь не в доказательственной истине; собственно говоря, это было понятие «кризиса» или, точнее, совокупность сосредоточенных вокруг него медицинских практик.

Но что такое кризис в медицинской мысли после Гиппократа? Кризис — это, как известно, момент, когда определяется дальнейший ход болезни, когда решается вопрос о жизни, смерти или переходе недуга в хроническое течение.[25] Является ли он эволюционным моментом? Не совсем. Кризис — это, чтобы быть точным, момент борьбы, битвы или даже решающий момент самой этой битвы. Борьба Естества с Недугом, сражение тела с болезнетворной субстанцией[26] или, в терминологии медиков XVIII века, битва твердых тел с жидкими и т. п.[27] И борьба эта происходит в определенные дни, ее дата предсказана календарно, однако предсказание это двусмысленно, поскольку дни кризиса в течении болезни обозначают некий естественный ритм, характерный именно для данной болезни, и только для нее. Иными словами, каждая болезнь имеет собственный ритм возможных кризисов, и у каждого больного кризиса следует ожидать в свои дни. Так, уже Гиппократ различал среди больных лихорадкой одних, у кого кризис наступает в четные дни, и других, у кого он случается в нечетные дни; у первых, соответственно, день кризиса мог быть 4, 6, 8, 10, 14, 28, 34, 38, 50, или 80-м.[28] Этот ритм предоставлял Гиппократу и всей следовавшей его законам медицине своего рода описание болезни, которое, конечно, нельзя назвать симптоматологическим и которое характеризует болезнь исходя из известной даты возможного кризиса. И та, таким образом, оказывается внутренним свойством этой болезни.

И кроме того, эта дата являлась случаем, который надо угадать, тем самым, что в греческой мантике называли благоприятным днем.[29] Точно так же, как были дни, когда нельзя было вступать в бой, были и дни, когда кризис считался нежелательным; точно так же, как были плохие полководцы, начинавшие наступление в неблагоприятные дни, были и больные — или болезни — у которых в эти неудачные дни случался кризис; были плохие кризисы, с необходимостью приводившие к дурному исходу, — хотя, если кризис наступал в благоприятный день, это тоже не гарантировало выздоровления, — и становившиеся своего рода дополнительным осложнением. Такова игра кризиса — одновременно и внутреннего свойства болезни, и принудительного случая, ритуального ритма развития событий.

С наступлением кризиса болезнь обнажается в своей истинности; таким образом, это не только момент скачка, но также и момент, когда болезнь, я бы сказал, не «раскрывает» истину, которую до этого таила в себе, но свершается в том, что и составляет ее собственную, внутренне ей присущую истину. До кризиса болезнь может быть той или иной, она, в сущности, никакая. Кризис — это реальность болезни, становящейся в известном смысле истиной. И врач должен вступить в дело именно в этот момент.

Ведь какова в рамках техники кризиса роль врача? Он должен рассматривать кризис как подступ, практически единственный подступ к болезни. Кризис с его переменной продолжительностью, силой, разрешением и т. д. определяет характер вмешательства врача.[30] Врач призван предвидеть кризис и, зная, когда он наступит,[31] ждать этого дня, чтобы именно тогда дать бой и победить,[32] позволив тем самым природе одержать верх над болезнью; иначе говоря, функция врача состоит в усиле-

нии энергии природы. Причем если чрезмерно усилить энергию природы, борющейся с болезнью, то может случиться непредвиденное. У болезни, в некотором роде истощенной, окажется недостаточно сил, чтобы вступить в бой, кризис не наступит, и чреватое гибелью состояние сохранится; поэтому следует тщательно соблюдать равновесие. Если дать природе слишком много сил, если ее мощь перейдет некоторый предел, то станут особенно яростными и движения, которыми она будет изгонять болезнь, так что больной окажется под угрозой гибели от самой этой ярости природы в борьбе с его болезнью. Не следует, таким образом, ни слишком ослаблять болезнь, которая тем самым может как бы избежать кризиса, ни слишком усиливать природу, ибо тогда кризис может оказаться слишком жестоким. И врач, как вы понимаете, выступает в рамках технологии кризиса не столько как проводник терапевтического вмешательства, сколько как ведущий и арбитр кризиса.* Он должен предвидеть кризис, знать соотношение сил, предполагать вероятный исход и всячески способствовать тому, чтобы кризис начался в благоприятный день; ему должны быть ясны предзнаменования кризиса, и, зная, какой будет его сила, он призван сбалансировать борющиеся силы, чтобы ход кризиса был именно таков, каким он должен быть.

Техника кризиса в древнегреческой медицине, таким образом, аналогична в своей общей форме технике судьи, арбитра в разрешении юридической тяжбы. В этой технике выпытывания присутствует своего рода юридическо-политическая модель, матрица, в равной степени приложимая и к поединку участников тяжбы в суде, и к медицинской практике. И в последней, так же как и в практике судебной, есть дополнительное осложнение: ведь врач, как вы понимаете, не лечит, нельзя даже сказать, что он непосредственно борется с болезнью, поскольку соперником болезни выступает природа; врач предвидит дату кризиса, оценивает противоборствующие силы, старается слегка изменить ход поединка или, как минимум, соотношение сил и в случае победы природы побеждает. Выполняя роль арбитра, врач и сам, в свою очередь, оказывается под судом — если вспомнить,

* В подготовительной рукописи к лекции М. Фуко добавляет: «и скорее следит за соблюдением правил, чем за происходящим».

что первым значением слова «кризис» как раз и является суд,[33] и болезнь как бы выносит себе в день кризиса приговор, — под судом избранной им тактики боя, в котором может выйти победителем или побежденным болезнью.

В своем собственном бою с боем природы и болезни, в бою второго уровня, врач побеждает или терпит поражение с точки зрения описанных внутренних законов болезни и вместе с тем по отношению к другим врачам. И здесь опять-таки возможно сравнение с юридической моделью. Как вы знаете, судьи, если они судили плохо, могли подвергнуться дисквалификации и сами становились подсудимыми, которых оправдывали или приговаривали; практиковалось даже своего рода публичное состязание между противниками, правилами боя и судьей. Это двойное состязание всегда характеризовалось публичностью. И медицинское обследование, как можно судить о нем от Гиппократа до знаменитых мольеровских врачей — о значении и статусе которых, впрочем, можно спорить, — тоже неизменно проводилось с участием нескольких медиков.[34] Другими словами, одновременно шли поединки природы с болезнью, врача с самой этой борьбой природы и болезни и врача с другими врачами.

Они сидели рядом, и каждый высказывал свое мнение по поводу того, когда наступит кризис, как он будет протекать и чем закончится. Известный рассказ Галена о том, как он добился успеха в Риме, при всем своем автоапологетическом характере кажется мне очень показательной иллюстрацией к этой своеобразной интронизации врача. Молодой и никому не известный врач из Малой Азии приезжает в Рим и принимает участие в медицинском состязании по поводу некоего больного. И после разноречивых предсказаний других врачей он, Гален, говорит, осмотрев молодого пациента: в ближайшие дни у него начнется кризис, этот кризис выразится в носовом кровотечении и кровь будет течь из правой ноздри. Предсказание оправдывается, и, по словам Галена, все присутствовавшие врачи один за другим молча уходят.[35] Таким образом, медицинский поединок был одновременно и поединком врачей между собой.

Присвоение больного единственным врачом, появление семейных врачей, изоляция пары врач—больной стали следствием целой серии экономических, социологических и эпистемологи-

ческих трансформаций медицины, а в медицине выпытывания, ключевым элементом которой являлся кризис, состязание врачей было столь же обязательным, как и поединок природы и болезни. Таким образом, в медицине, которая, повторю, в отличие от алхимии не была совершенно чуждой эволюции научного знания, но развивалась бок о бок, пересекалась, переплеталась с ним, на протяжении очень долгого времени заявляет о себе технология истины-выпытывания, истины-события.

Еще несколько слов на этот счет. Усиление другой серии, доказательственной технологии истины, произошло, разумеется, — и судить об этом можно по той же медицине, — не вдруг, не как некое радикальное переустройство. Конечно же, такого рода революции не походят друг на друга в медицине и астрономии, в судебной практике и ботанике. И все же можно сказать вот что: проводниками этой трансформации технологии истины, по крайней мере в том, что касается эмпирического знания, послужили два процесса.

Во-первых, переход от технологии истины-события к истине-доказательству был, на мой взгляд, связан с распространением политических процедур дознания. Дознание, учет многих источников, коллективное свидетельство, сбор сведений, циркуляция знания от средоточия власти до точки ее завершения и возвращения назад, многочисленные инстанции параллельной проверки, — все это постепенно, шаг за шагом, в ходе целой истории способствовало формированию того орудия политической и экономической власти, каким является индустриальное общество. Этим объясняется планомерное совершенствование, уточнение этих техник дознания в рамках областей, к которым они традиционно применялись. Уточнение, которое привело, если угодно, к превращению средневекового дознания фискального типа — выяснения того, кому достается какой доход, кто чем владеет, чтобы затем отнять у него положенную долю, — в дознание полицейское, интересующееся поступками людей, их образом жизни, тем, о чем они думают, как они любят и т. д. И этот постепенный переход от фискального дознания к полицейскому, формирование на основе фискальной индивидуальности, единственной для средневековой власти, индивидуальности полицейской как раз и является подоплекой совершенствования техники дознания в нашем обществе.[36]

Важно также, что дело не ограничивалось местным совершенствованием, но шло вместе с тем и глобальное, планетарное распространение этой техники. Двойная колонизация: в глубину, ибо дознание достигало жестов, проникало в тело и мысли индивидов, и в ширину, поскольку одновременно оно захватывало все новые территории, поверхности. С конца Средневековья можно говорить о генерализованном дознании по всей поверхности Земли, об учете всех вещей, тел и поступков вплоть до их мельчайшей структуры — о своего рода всеобъемлющем инквизиторском паразитировании; в любой момент, в любом месте и о любой вещи можно и должно с тех пор поднимать вопрос об истине. Истина есть всюду, истина дожидается нас всюду, в любом месте и в любом времени. Таков в самом схематичном представлении процесс, приведший к перевороту, к переходу от истины-события к технологии истины-констатации.

Но, во-вторых, имел место в некотором роде обратный процесс, [...]* обоснование труднодоступности этой вездесущей и всевременно́й истины. Причем важно, что этот процесс разрежения был обращен не к выявлению, не к свершению истины, но именно к людям, способным ее обнаружить. В самом деле, эта универсальная, вездесущая и всевременна́я истина, которую в чем бы то ни было может и должно выслеживать и обнаруживать то или иное дознание, в известном смысле доступна всякому; всякий имеет к ней доступ, ибо она везде и всегда, однако для этого вновь требуются некоторые обстоятельства, вновь требуется овладеть формами мысли и техниками, как раз и позволяющими получить доступ к этой вездесущей, но всегда глубинной, всегда затаенной, всегда труднодоступной истине.

Разумеется, возникнет и универсальный субъект этой универсальной истины, но субъект этот будет абстрактным: на конкретном уровне универсальному субъекту, способному постичь истину, будет свойственна редкость, ибо он должен быть облечен рядом приемов, а именно приемов педагогики и селекции. Университеты, ученые общества, церковные коллежи, школы, лаборатории, система специализаций и профессиональных квалификаций — все это орудия окружения истины, которая в науке полагается универсальной, редкими, избранны-

* В магнитной записи лекции: который можно назвать.

ми людьми, могущими иметь к ней доступ. Быть универсальным субъектом — это, если угодно, абстрактное право всякого индивида; однако, чтобы быть универсальным субъектом в конкретном случае, необходима квалификация, получаемая немногими индивидами, которые затем и будут выступать в этом качестве. Появление философов, ученых, интеллектуалов, профессоров, лабораторий и т. д. в западноевропейской истории XVIII века точно соответствует, будучи коррелятивным расширению полагания научной истины, обоснованию малочисленности имеющих доступ к этой истине, которая теперь присутствует везде и всегда. Такова краткая история истины, которую я хотел вам представить. Как она связана с безумием? Посмотрим.

*

В медицине вообще, о которой мы только что говорили, понятие кризиса исчезает в конце XVIII века. Исчезает не только как понятие — это происходит после Хофмана,[37] но также и как организующее ядро медицинской техники. Почему? Как мне кажется, по причинам, которые я описал в предшествующем общем обзоре, — поскольку болезнь, как с определенного момента и всякую вещь, стало окружать своего рода инквизиторское пространство, разметка дознания.[38] Именно построение того, что в общем можно назвать больнично-медицинским оснащением Европы XVIII века, которое обеспечивало общий надзор за населением, позволило отслеживать здоровье всех индивидов без исключения;[39] а больница позволила также интегрировать телесную болезнь живого индивида, а главное, и его мертвое тело.[40] Таким образом, к концу XVIII столетия уже имели место и общий надзор за населением, и конкретная возможность описания болезни и вскрытого посмертно тела. Рождение патологической анатомии и современное ему возникновение статистической медицины, медицины больших чисел,[41] то есть назначение точной причинности путем проекции болезни на мертвое тело и вместе с тем возможность следить за состоянием населения, предоставили медицине XIX века два ее важнейших эпистемологических инструмента.

Что происходит в это время в психиатрии? Мне кажется, там происходят весьма примечательные перемены. С одной стороны, психиатрическая больница, так же как и любая общемедицинская больница, не может не стремиться уйти от понятия кризиса: ведь всякая больница — это пространство дознания и надзора, своего рода следственная инстанция, которой совершенно не требуется описанное выпытывание истины. Вспомните: я попытался показать вам, что психиатрия не нуждается не только в выпытывании истины, но и вообще в истине, как бы та ни обнаруживалась — техникой ли выпытывания или путем доказательства. Мало того. Не просто нет нужды в истине, но собственно кризис как событие в рамках безумия и в поведении безумца исключается. Почему? Прежде всего, я думаю, по трем причинам.

Во-первых, кризис исключается уже тем, что больница функционирует как дисциплинарная система, подчиняющаяся определенному уставу, предполагающая некоторый порядок, предписывающая режим, в котором что-либо подобное критическому выплеску безумия, сопровождающемуся исступлением и буйством, просто не предусмотрено. К тому же основной закон, основная техника больничной дисциплины гласит: не думайте об этом... Не думайте — думайте о чем-нибудь другом, читайте, работайте, гуляйте, главное — не думайте о своем безумии.[42] Возделывайте сад — не ваш, конечно, а директорский. Столярничайте, зарабатывайте на жизнь, только не думайте о своей болезни. В дисциплинарном пространстве лечебницы просто нет места кризису безумия.

Во-вторых, постоянное, приблизительно, с середины 1820-х годов, обращение к патологической анатомии в больничной практике сыграло роль теоретического отказа от понятия кризиса.[43] Действительно, ничто, кроме случающегося при общем параличе, не позволяло предположить за душевной болезнью какую-либо физическую причину и тем более назначить ей таковую. По меньшей мере во многих больницах постоянно применялась практика вскрытия, ключевое значение которой состояло, мне кажется, в том, чтобы привести к выводу: если существует истина безумия, она никак не может заключаться в том, что говорят безумцы, но только в их нервной системе и головном мозге. Поэтому кризис как момент истины, как стадия полного раскрытия

истины безумия оказывается исключен и этим обращением к патологической анатомии, — или, если выразиться точнее, патологическая анатомия предоставила в данном случае эпистемологическое прикрытие, под которым можно было покончить с представлением о кризисе, отринуть или навсегда пресечь его: вас можно просто привязать к стулу и больше не слушать, что вы говорите, поскольку об истине вашего безумия расскажет, когда вы умрете, патологическая анатомия.

И наконец, третьей причиной отказа от понятия кризиса стал процесс, которому до сих пор не уделяли внимания и который касается проблемы связи между безумием и преступлением. В самом деле, с 1820—1825 годов в судебной сфере отмечается очень любопытная тенденция: медики без всякого запроса прокуратуры или судей, даже зачастую без инициативы адвокатов представляют суду свое мнение о преступлении и пытаются в некотором смысле списать его на душевную болезнь.[44] В связи с любым преступлением психиатры поднимают вопрос: а не явилось ли оно проявлением болезни? И таким образом выстраивают в итоге более чем странное понятие мономании, под которым в общих чертах понимается следующее: если некто совершил преступление без всякого мотива, без всякого основания, без всякой выгоды для себя, просто так, то не есть ли это симптом болезни, самой сущностью которой и является преступление? Некоей моносимптомной болезни, проявляющейся единожды, только одним признаком, и при этом тождественной преступлению?[45]

Закономерен вопрос: откуда этот интерес психиатров к преступлению, почему они так упрямо, так рьяно отстаивали возможную связь преступления с душевной болезнью? Причин, разумеется, несколько, но одна из них, как мне кажется, такова: психиатры стремились показать не столько что всякий преступник — возможный безумец, сколько (это было гораздо труднее и гораздо важнее для психиатрической власти) что всякий безумец — потенциальный преступник. И детерминация, привязка безумия к преступлению, в пределе — безумия ко всякому преступлению, позволяла обосновать психиатрическую власть не в терминах истины, поскольку речь-то шла как раз не об истине, но в терминах опасности: мы призваны защитить общество, ибо во всяком безумии скрывается возможность

преступления. Разумеется, привязка к преступлению того или иного феномена, и безумия в том числе, является, по двум социальным причинам, способом смягчить участь индивида, но вообще, на уровне своей общей работы, прививка безумия к преступлению отражает стремление психиатров подкрепить свою практику чем-то вроде социальной защиты, поскольку обосновать ее истиной они не могут. Поэтому и можно сказать, что основным следствием дисциплинарной системы в психиатрии является освобождение от понятия кризиса. В нем теперь не просто не нуждаются, его отвергают, потому что кризис таит в себе угрозу: ведь кризис у безумца может повлечь гибель того, кто рядом с ним. Необходимости в кризисе нет, его с лихвой компенсирует патологическая анатомия, а режим порядка и дисциплины делает его к тому же нежелательным.

Но в это же время отмечается обратная тенденция, которая объясняется и оправдывается двумя причинами. Во-первых, кризис все же нужен, поскольку в конечном счете ни дисциплинарный режим, ни предписываемый безумцам в обязательном порядке покой, ни патологическая анатомия не позволяют психиатрическому знанию опереться на некую истину. Вот почему это знание, долгое время служившее, как я показал вам, властным дополнением, оставалось пустотелым и, естественно, не могло не искать для себя какого-либо истинного содержания в соответствии с нормами медицинской технологии своей эпохи — технологии доказательственной. Найти же его было невозможно, и в итоге к понятию кризиса обращались-таки, только уже по другой, позитивной причине.

Важно, что подлинная точка осуществления психиатрического знания первоначально не позволяла, по сути своей не позволяла, специфицировать, охарактеризовать, объяснить болезнь. Иначе говоря, если врач прежде всего призван, обязан, занимая свойственное ему положение, ответить на симптомы, на жалобы больного спецификацией, описанием — с этим связан тот факт, что с начала XIX века медицинская деятельность в значительной степени свелась к дифференциальной диагностике, — то от психиатра, напротив, этого не требуется, он не должен истолковать слова больного и назначить статус, характер и спецификацию его симптомам. Психиатр вмешивается на шаг раньше, ступенью ниже: он призван решить, имеет место болезнь или нет. Он дол-

жен ответить на вопрос: безумен индивид или же он в здравом уме? Этот вопрос адресует ему семья в случае добровольного лечения или власти в случае лечения принудительного, — хотя власти спрашивают об этом исподволь, не прямо, поскольку отстаивают право не учитывать мнение психиатра, — но так или иначе психиатр вмешивается именно на этом уровне.

Если общемедицинское знание функционирует на уровне спецификации болезни, на уровне дифференциальной диагностики, то в психиатрии ему предлагается решить, имеет место безумие или нет: оно вмешивается, если угодно, в точке реальности/нереальности, в точке фикции, будь то фикция больного, который по той или иной причине притворяется безумным, или фикция окружающих, которые измышляют, призывают или навязывают ему образ безумца. Именно здесь работает знание психиатра и здесь же вступает в дело его власть.[46]

Но какими орудиями располагает психиатр, чтобы решать вопрос о безумии в терминах реальности, чтобы действовать на этом уровне? В этом пункте мы сталкиваемся с парадоксом психиатрического знания XIX века. Да, оно пыталось выстроиться по образцу медицины-констатации, дознания, доказательства, опереться на знание симптоматологического типа; оно даже укрепляло себя описанием различных болезней и т. п., но по большому счету все это составляло не более чем прикрытие, поверхностное оправдание другого рода деятельности, которая, собственно, и заключалась в решении о том, реальность перед врачом или ложь, правда или симуляция. Психиатр работал в точке симуляции, в точке фикции, а не в точке описания болезни.

И парадокс этот имел, как мне кажется, ряд следствий. Прежде всего, чтобы разрешить-таки описанную проблему, психиатрическая больница в буквальном смысле изобрела новый медицинский кризис. Уже не кризис истины, состязание между силами болезни и силами природы, каким еще оставался медицинский кризис в понимании врачей XVIII века, но, я бы сказал, кризис реальности, поединок между безумцем и предержащей его властью, то есть властью-знанием врача. Последний же оказывался, таким образом, в положении арбитра в вопросе о реальности или нереальности безумия.

Если угодно, психиатрическая больница, резко расходясь в этом с больницей общемедицинской, отнюдь не должна была

служить местом, где болезнь откроет себя в своих специфических, отличительных в сравнении с другими болезнями признаках; она имела куда более простую, элементарную и фундаментальную функцию: придать безумию реальность, предоставить ему пространство для реализации. Психиатрическая больница нужна, чтобы безумие реализовалось, тогда как обычная больница должна выяснить вид болезни и к тому же устранить ее. Функция психиатрической больницы заключается в том, чтобы, опираясь на решение психиатра о реальности безумия, осуществить его как реальность.

Так мы подходим к институциональной критике психиатрической больницы, которая как раз и обвиняла ее в том, что та просто производит безумцев, пользуясь людьми, которых якобы лечит. Тем самым эта критика поднимала вопрос: каким же, собственно, должен быть институт, способный одновременно лечить безумцев и не укоренять их в болезни окончательно? Как институт такого рода может работать подобно всем прочим больницам?[47] Впрочем, критика эта была, по-моему, все же малосущественной, поскольку не затрагивала главного. Анализ распределения психиатрической власти позволяет показать, что психиатрическая больница стала местом реализации безумия не в силу случая или некоего отклонения; ведь самой функцией психиатрической власти является организация перед собой и для больного — по большому счету не только в больнице, но и за ее пределами — пространства реализации болезни. Можно даже сказать, что психиатрическая власть призвана реализовать безумие в институте, дисциплина которого сгладит всевозможные буйства, кризисы и, в пределе, все симптомы. Институт психиатрической лечебницы как таковой — вот в чем мой анализ расходится с институциональной критикой, — этот дисциплинарный институт имеет своими действительными целью и следствием устранить не безумие, но симптомы безумия, а психиатрическая власть, действующая внутри него и удерживающая индивидов в лечебнице, имеет функцией реализовать безумие.

Вообще говоря, это двойное функционирование психиатрической власти, реализующей безумие, и дисциплинарного института, отказывающегося его слушать, сглаживающего симптомы, умеряющего все его проявления, стремится к определенному

идеалу — к идеалу деменции, сумасшествия. Кто такой сумасшедший? Это тот, кто полностью совпадает с реальностью своего безумия, чьи множественные симптомы или, наоборот, их слабая выраженность таковы, что не позволяют установить симптоматическую спецификацию, характерную для его болезни. Сумасшедший, таким образом, как нельзя точнее отвечает функционированию института лечебницы, поскольку усилиями дисциплины специфика всех симптомов скрадывается: нет более ни проявлений, ни внешних выражений безумия, ни кризиса. Вместе с тем сумасшедший отвечает и требованию психиатрической власти, ибо он действительно осуществляет безумие как индивидуальную реальность внутри лечебницы.

Пресловутая деменциальная динамика, которую психиатры XIX века наблюдали, как им казалось, в безумии как естественный феномен, есть не что иное, как серия перекрестных следствий больничной дисциплины, сглаживающей проявления и симптомы, и предписания больному со стороны медицинской власти быть безумцем, реализовать безумие. Сумасшедший — это продукт двойного действия психиатрической власти и больничной дисциплины.

Что же касается истеричек, этих знаменитых, этих любимых авторами истеричек, то я бы сказал, что они представляли фронт сопротивления деменциальной волне, которую подразумевала двойная игра психиатрической власти и больничной дисциплины. Ведь кто такой истерик? Это тот, кто настолько очарован существованием самых что ни на есть ярко выраженных, точных симптомов — тех самых, которые преподносят как раз органические болезни, — что ищет и находит их у себя. Истеричка выстраивает себя по образу настоящих болезней, она пластически творит себя как место и тело, несущие на себе подлинные симптомы. Деменциальному назначению, естественному размножению и смешиванию симптомов она противопоставляет интенсификацию симптомов очень точных и как нельзя более определенных, причем делает это таким образом, что привязать ее болезнь к реальности никак не удается: когда ее симптом, казалось бы, отсылает к субстрату реальности, она дает понять, что никакого субстрата нет, и даже тогда, когда он демонстрирует наиярчайшие симптомы, ограничить ее реальностью ее болезни оказывается невозможно. Истерия выступила

эффективным способом защиты от деменции; она предоставляла в лечебнице XIX века единственную возможность не быть сумасшедшим; истеричка противопоставляла нажиму, с которым устраняли, сглаживали симптомы, зримое строительство, пластическое возведение целого их арсенала и сопротивлялась привязке безумия к реальности симуляцией. Истеричка имела роскошные симптомы и тем не менее искусно уклонялась от реальности своей болезни. Истерик шел наперекор больничной системе — так воздадим же ей честь как подлинному бойцу антипсихиатрического фронта.[48]

Примечания

[1] Открытый в XVI веке, эфир вошел в широкое применение и распространился в XVIII столетии — как средство лечения неврозов и разоблачения симулянтов благодаря его «дурманящим» свойствам. См. выше: с. 227—228, примеч. 18.

[2] Хлороформ как анестетик был открыт в 1831 г., одновременно в Германии — Юстусом Либигом и во Франции — Субейраном. Применять его начали в 1847 г. См.: [a] *Soubeiran E.* Recherches sur quelques combinaisons de chlore // Annales de chimie et de physique. Octobre 1831. T. XLIII. P. 113—157; [b] *Bayard H.* L'utilisation de l'éther et le diagnostic des maladies mentales; [c] *Brochin H.* Maladies nerveuses. P. 276—277 (§ «Анестетики: эфир и хлороформ»); [d] *Lailler* (фармацевт лечебницы Катр-Мар). Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentales // Annales médico-psychologiques. Juillet 1886. 7 série. T. IV. P. 64—90.

[3] См. выше, с. 196, примеч. 1.

[4] См. выше, с. 197, примеч. 2.

[5] Ж. Ж. Моро де Тур изучил действие гашиша в ходе своего путешествия на Восток в 1837—1840 гг. Предвидя результаты экспериментов, призванных обнаружить связь между эффектами гашиша, сновидениями и бредом, он посвятил ему ряд иследований. См.: *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. Études psychologiques. Paris: Fortin, 1845.

[6] В эпоху Реставрации «животный магнетизм» стал предметом экспериментирования в больницах. Так, в частности, 20 октября 1820 г. главный врач лечебницы Отель-Дьё Анри Мари Юссон (1772—1853) пригласил барона Ж. Дюпоте де Сенневуа (1790—1866) провести показательные сеансы с больными. Под надзором барона, а также Жозефа

Рекамье и Александра Бертрана восемнадцатилетняя пациентка по имени Катрин Самсон была подвергнута магнетическому лечению. Ср.: *Dupotet de Sennevoy J.* Exposé des expériences sur le magnetisme animal faites a l'Hôtel-Dieu dc Paris pendant le cours des mois d'octobre, novembre et décembre 1820. Paris: Béchet Jeune, 1821. В Сальпетриере Этьен Жорже и Леон Ростан также применяли гипноз к ряду своих пациенток. Э. Ж. Жорже описывает эти эксперименты, не упоминая имен, в кн.: *Georget E. J.* De la physiologie du système nerveux, et spécialement du cerveau. T. I. P. 404. Ср.: *Rostan L.* Du magnétisme animal. Paris: Rignoux, 1825. См. также: *Gauthier A.* Histoire du somnambulisme... T. II. P. 324; и ниже, с. 345, примеч. 48.

[7] М. Фуко имеет в виду спор Сократа и Парменида о том, «для чего существуют идеи, а для чего нет?» (см.: *Платон.* Парменид. 130c—d / Пер. Н. Н. Томасова // Собр. соч. Т. 2. М., 1993. С. 350—351).

[8] Дельфы, древнегреческий город в Фокиде, у подножия Парнаса, в VIII в. до н. э.—IV в. н. э. были общегреческим святилищем Аполлона, изречения которого оглашались там устами Пифии. См.: [a] *Delcourt M.* [1] Les Grands Sanctuaires de la Grèce. Paris: Presses universitaires de France, 1947. P. 76—92; [2] L'Oracle de Delphes. Paris: Payot, 1955; [b] *Flacelière R.* Devins et Oracles grecs. Paris: Presses universitaires de France, 1972. P. 49—83; [c] *Roux G.* Delphes, son oracle et ses dieux. Paris, Les Belles Lettres, 1976.

[9] Эпидавр — город в Арголиде, на восточном побережье Пелопоннеса, в котором находилось святилище Асклепия, сына Аполлона, где, как считалось, даровались пророческие сны. См.: [a] *Delcourt M.* Les Grands Sanctuaires... P. 93—113; [b] *Flacelière R.* Devins et Oracles grecs. P. 36—37; [c] [б. a.] Religion and medicine in the cult of Asclepius: a review article // Review of Religion. 1948—1949. Vol. 13. P. 269—290.

[10] Понятие *кайрос* [καιρός] обозначает подходящий случай, удачный момент и, следовательно, время возможного действия. Гиппократ (460—377 до н. э.) посвятил этому понятию главу V «О своевременном и несвоевременном» своего трактата «О болезнях» (*Hippocrate.* Des Maladies. I // Œunres complètes / Éd. Littré. T. IV. Paris: Baillière, 1849. P. 148—151). См.: [a] *Joos P.* Zufall, Kunst und Natur bei dem Hippokratitkern // Janus. N 46. 1957. P. 238—252; [b] *Kucharski P.* Sur la notion pythagoricienne de *kairos* // Revue philosophique de la France et de l'étranger. 1963. T. CLII. N 2. P. 141—169; [c] *Chantraine P.* Καιρός // Dictionnaire étymologique de la langue grecque. Histoire des mots. T. II. Paris: Klincksieck, 1970. P. 480.

[11] М. Фуко намекает на проблематику Хайдеггера, которого в рамках близкой по времени к данному лекционному курсу полемики с Г. Прети он обвинял, наряду с Гуссерлем, в том, что они подвергают «пересмотру все наши познания и их предпосылки [...] исходя из некоего первоначального субстрата [...] и вынося за скобки все их ясное историческое содержание» (*Foucault M.* DE. II. N 109. P. 372); см. также: *Foucault M.* DE. I. N 58. P. 675. Под прицелом оказывается, таким образом, хайдеггеровская концепция истории. См., в частности: *Heidegger M.* [1] Sein und Zeit. Halle: Nemeyer, 1927 (trad. fr.: *Heidegger M.* L'être et le Temps / Trad. R. Boehm et A. de Waelhens. Paris: Gallimard, 1964); [2] Vom Wesen des Grundes. Halle: Nemeyer, 1929 (trad. fr.: Ce qui fait l'essentiel d'un fondement / Trad. H. Corbin // Qu'est-ce que la métaphysique? Paris: Gallimard, 1938. P. 47—111); [3] Vom Wesen der Wahreit. Francfort-sur-le-Main: Klostermann, 1943 (trad. fr.: De l'essence de la vérité / Trad. W. Biennel et A. de Waehlens // Questions I); [4] Holzwege. Francfort-sur-le-Main: Klostermann, 1950 (trad. fr.: Chemins qui ne mènent nulle part / Trad. W. Brokmeier. Paris: Gallimard, 1962); [5] Vorträge und Aufsätze. Pfullingen: Neske, 1954 (trad. fr.: Essais et Conférences / Trad. A. Préau. Paris, Gallimard, 1958); [6] *Nietzsche. T.* II. Pfullingen [Neske], 1961 (trad. fr.: Nietzsche / Trad. P. Klossowski. T. II. Paris: Gallimard, 1972). По поводу отношения М. Фуко к Хайдеггеру см.: *Foucault M.* [1] Les Mots et les Choses. P. 329—333, 339—346 (глава IX: «Человек и его двойники». § IV; § VI); [2] L'Homme est-il mort? (entretien avec C. Bonnefoy, juin 1966) // DE. I. N 109. P. 372; [5] Foucault, le philosophe, est en train de parler. Pensez (29 mai 1973) // DE. II. N 124. P. 424; [6] Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir (entretien avec M. D'Eramo, mars 1974) // DE. II. N 136. P. 521; [7] Structuralisme et poststructuralisme (entretien avec G. Raulet, printemps 1983) // DE. IV. N 330. P. 455; [8] Politique et éthique: une interview (entretien avec M. Jay, L. Löwenthal, P. Rabinow, R. Rorty, C. Taylor, avril 1983) // DE. IV. N 341. P. 585; [9] Le retour de la morale (entretien avec G. Barbedette et A. Scala, 29 mai 1984) // DE. IV. N 354. P. 703; [10] Vérité, pouvoir et soi (entretien avec R. Martin, 25 octobre 1982) // DE. IV. N 362. P. 780.

[12] В третьей лекции курса в Коллеж де Франс за 1970—1971 учебный год «Воля к знанию» М. Фуко предлагает «уравновесить» историю типа «воли к знанию», в рамках которой истина имеет «непосредственно данную, универсальную и очищенную форму констатации, внешнюю процедуре суждения», и говорит о необходимости для этого «написать историю взаимоотношений между истиной и казнью», в рамках которых «истина не констатируется, но вырывается как клятва, как мольба, подвергается ритуалу ордалии». Речь, таким образом, идет о режиме, в котором «истина сопряжена не со светом, не с взглядом, которым субъект обозревает вещи, но с тьмой грядущего и устрашающего события». Другие фрагменты этой истории предлагаются М. Фуко в девятой лекции курса в Коллеж де Франс за 1971—1972

учебный год «Уголовные теории и институты», когда он обсуждает систему доказательства в процедурах клятвы, ордалии и судебного поединка в X—XIII веках, опираясь на книгу М. Детьена: *Détienne M.* Les Maotres dc vérité dans la Grèce archaïque. Paris: Maspero, 1967.

[13] Тринадцатая лекция курса «Уголовные теории и институты», посвященная «признанию и доказательству», разъясняет смысл обращения к тому, что М. Фуко называет «юридическо-политическими матрицами» (доказательство, расследование и т. п.) и вводит различение трех уровней анализа: (a) «историческое описание наук», в котором заключается «история наук»; (b) «археология знания», которой рассматриваются взаимоотношения знания и власти; (c) «династический анализ знания», который располагается благодаря выявлению юридическо-политических матриц, позволяемому археологией, на «уровне, где сосредоточены максимальная выгода, максимальное знание, максимальная власть» (цит. по рукописи лекции, любезно предоставленной нам Даниэлем Дефером. — *Ж. Л.*). К этому различению между «археологией» и «династикой» М. Фуко возвращается в беседе с С. Хасуми в сентябре 1972 г. (*Foucault M.* DE. II. N 119. P. 406). Что же касается «археологии», см. многочисленные определения, предлагавшиеся для этого понятия М. Фуко: *Foucault M.* [1] DE. I. N 34. P. 498—499; N 48. P. 595; N 58. P. 681; N 66. P. 771—772; [2] DE. II. N 101. P. 242; N 119. P. 406; N 139. P. 643—644; [3] DE. III. N 193. P. 167; N 221. P. 468—469; [4] DE. IV. N 281. P. 57; N 330. P. 443.

[14] Впрочем, М. Фуко не последует этой программе, если не считать его замечаний о роли детства в генерализации психиатрических знания и власти в лекционном курсе 1974/75 учебного года «Ненормальные» (см.: *Фуко М.* Ненормальные. С. 139—243 [лекции от 5, 12 и 19 марта 1975 г.]).

[15] Термин «ордалия» (от староанглийского *ordal* — суд), или «божий суд», означает разрешение спорных вопросов посредством вмешательства в дело Бога, которое совершается во время пыток «огнем», «докрасна раскаленным железом», «ледяной или кипящей водой», «крестом» и т. п. См.: *Tanon L.* Histoire des tribunaux de l'Inquisition en France. Paris: L. Larose et Forcel, 1893. P. 464—479 (о пытке «огнем»); p. 490—498 (о пытке «крестом»). Как подчеркивает Ж.-Ф. Леви, в рамках этой процедуры «судебный процесс является не дознанием, устремленным к отысканию истины... Первоначально он был борьбой, позднее — призывом к Богу, которому-то и доверялось прояснить истину, тогда как сам судья ее не искал» (*Lévy J.-Ph.* La Hiérarchie des preuves dans le droit savant du Moyen Âge, depuis la renaissance du droit romain jusqu'à la fin du XIV siècle. Paris: Sirey, 1939. P. 163).

М. Фуко также затрагивает тему ордалии в третьей лекции курса 1970/71 учебного года «Воля к знанию», где утверждает, что «процедуры, которым подвергали безумцев, имеют нечто общее с ордалическим выпытыванием истины». Об этом же говорится и в девятой лекции курса 1971/72 учебного года, посвященной обвинительной процедуре и системе доказательства (см. выше, примеч. 12). См. также: *Foucault M.* La vérité et les formes juridiques (1974) // Foucault M. DE. II. N 139. P. 572—577. Ср.: [a] *Esmein A.* Histoire de la procédure criminelle en France, et spécialement de la procédure inquisitoire depuis le XIII siècle jusqu'à nos jours. Paris: Larose et Forcel, 1882. P. 260—283; [b] *Vacandard E.* L'Église et les ordalies // Études de critique et d'histoire religieuse. T. I. Paris: V. Lecoffre, 1905. P. 189—214; [c] *Glotz G.* Études sociales et juridiques sur l'antiquité grecque. Paris: Hachette, 1906. P. 69—97 (глава 2: «Ордалия»); [d] *Michel A.* Ordalies // Dictionnaire de théologie catholique. T. XI / S. dir. A. Vacant. Paris: Letouzey et Ané, 1930. Rééd. 1931. Col. 1139—1152; [e] *Bongert Y.* Recherches sur les cours laïques du X au XIII siècles. Paris: A. et J. Picard, 1949. P. 215—228; [f] *Nottarp H.* Gottelsurteilstudien. Munich: Kosel-Verlag, 1956; [g] *Gaudemet J.* Les ordalies au Moyen Âge: doctrine, législation et pratique canonique // Recueil de la Société Jean Bodin. Vol. XVII. P. 2 («Доказательство»). Bruxelles, 1965.

[16] В рамках собственно обвинительных процедур, когда Бог брался в свидетели, дабы свершилось правосудие либо обвинение было опровергнуто, признания было недостаточно для вынесения приговора. Ср.: *Lea H. Ch.* A History of the Inquisition of the Middle Ages. T. I. P. 407—408 (trad. fr.: *Lea H. Ch.* Histoire de l'Inquisition au Moyen Âge. T. I. P. 458—459); [b] *Esmein A.* Histoire de la procédure criminelle... P. 273; [c] *Lévy J.-Ph.* La Hiérarchie des preuves... P. 19—83. О признании см. также: *Foucault M.* Surveiller et Punir. P. 42—45.

[17] Собственно пытка в отличие от ордалии, фундаментальной основы доказательства и выражения свидетельства Бога, применялась как принуждение к судебной исповеди. Инквизиционная процедура вошла в каноническое право в 1232 г., когда папа Григорий IX поручил доминиканцам сформировать суд Инквизиции, призванный разыскивать и карать еретиков. Применение судебной пытки было утверждено буллой Иннокентия IV от 15 мая 1252 г. «Ad Extirpanda», а затем, дополнительно, буллой Александра IV «Ut Negotum Fidei» от 1256 г. Затрагивая тему Инквизиции в третьей лекции курса 1970/71 учебного года «Воля к знанию», М. Фуко говорит, что «речь в ней шла не о выяснении истины, не о признании... Это был вызов, который повторял в христианских мысли и практике формы ордалии». См.: *Foucault M.* [1] Surveiller et Punir. P. 43—47; [2] DE. II. N 163. P. 810—811.

Ср.: [a] *Lea H. Ch.* Histoire de l'Inquisition... T. I. P. 450—483 (глава 9: «Процедура инквизиции»); p. 470—478 (о пытке); [b] *Tanon L.* Histoire des tribunaux de l'Inquisition... P. 326—440 (раздел III: «Процедура суда инквизиции»); [c] *Vacandard E.* L'Inquisition. Étude historique et critique sur le pouvoir coercitif de l'Église. Paris: Bloud et Gay. 3 éd. 1907. P. 175; [d] *Leclercq H.* Torture // Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie. T. XV / S. dir. F. Cabrol, H. Leclercq, R.-I. Marrou. Paris: Letouzey et Ané, 1953. Col. 2447—2459; [e] *Fiorelli P.* La Tortura giudiziaria nel diritto commune. Milan: Giuffrè, 1953. Об Инквизиции вообще см. прежде всего: [a] *Guiraud J.* Histoire de l'Inquisition au Moyen Âge. 2 vol. Paris: A. Picard, 1935—1938; [b] *Maisonneuve H.* Études sur les origines de l'Inquisition / 2 éd. rev. et aug. Paris: Vrin, 1960.

[18] Этот вопрос стал предметом тринадцатой лекции курса 1971/72 учебного года «Уголовные теории и институты», посвященной признанию, расследованию и пытке. См. краткое содержание этого курса: *Foucault M.* DE. II. N 115. P. 390—391.

[19] Ср.: *Eliade M.* Forgerons et Alchimistes [1956] / Nouv. éd. rev. et aug. Paris: Flammarion, 1977. P. 136: «Никакая добродетель и никакие познания не освобождают от опыта инициации, который единственно способен осуществить скачок уровней, подразумеваемый „трансмутацией"»; p. 127: «Всякая инициация включает серию ритуальных испытаний, символизирующих смерть и воскресение неофита».

[20] Как напоминает Люсьен Браун в докладе «Парацельс и алхимия», «задача алхимика — быть неустанным настороженным искателем... Парацельс видит в алхимическом процессе некое постоянное зачатие, каждый следующий момент которого — неожиданность для предыдущего» (*Braun L.* Paracelse et alchimie // Alchimie et Philosophie à la renaissance [Actes du colloque international de Tours, 4—7 décembre 1991] / S. dir. J.-C. Margolin & S. Matton. Paris: Vrin, 1993. P. 210). См. также: *Eliade M.* Forgerons et Alchimistes. P. 126—129 (о стадиях *opus alchymicum*).

[21] [a] *Ganzenmüller W.* [1] Die Alchemie im Mittelalter. Paderborn: Bonifacius, 1938 (trad. fr.: *Ganzenmüller W.* L'Alchimie au Moyen Âge / Trad. G. Petit-Dutaillis. Paris: Aubier, 1940); [2] Beiträge zur Geschichte der Technologie und der Alchimie. Weinheim: Verlag Chemie, 1956; [b] *Sherwood Taylor F.* The Alchemists, Founders of Modern Chemistry. New York: H. Shuman, 1949; [c] *Alleau R.* Aspects de l'alchimie traditionnelle. Paris, Éditions de Minuit, 1953; [d] *Burckhardt T.* Alchemie, Sinn und Weltbild. Olten: Walter-Verlag, 1960; [e] *Caron M. & Hutin S.* Les Alchimistes. Paris: Le Seuil. 2 éd. 1964; [f] *Buntz H., Ploss E., Roosen-Runge H., Schipperges H.* Alchimia: Ideologie und Technologie. Munich: Heinz Moos Verlag, 1970; [g] *Husson B.* Anthologie de l'alchimie. Paris:

Belfond, 1971; [h] *Yates F. A.* Giordano Bruno and the Hermetic Tradition. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1964 (trad. fr.: *Yates F. A.* Giordano Bruno et la tradition hermétique / Trad. M. Rolland. Paris: Dervy-livres, 1988). М. Фуко обращается к теме алхимии в своем третьем докладе цикла «Истина и ее юридические формы» (23 мая 1973 г.; см.: *Foucault M.* DE. II. N 139. P. 586—587) и в тексте «Сумасшедший дом» (1975; см.: *Foucault M.* La maison des fous // DE. II. N 146. P. 693—694).

[22] Гиппократ родился около 460 г. до н. э. в Малой Азии, на дорийском острове Кос, а умер в 375 г. до н. э. в Ларриссе (Фессалия). Его произведения, написанные на ученом ионийском диалекте, составляют ядро так называемого «гиппократовского корпуса». Ср.: [a] *Gossen.* Hippocrates // Realencyclopädie der classischen Altertumswissenschaft / Éd. Par A. F. Pauly & G. Wissowa. T. VIII. Stuttgart: Metzler, 1901. Col. 1801—1852; [b] *Pohlenz M.* Hippokrates und die Begründung der wissenschaftlichen Medizin. Berlin: De Gruyter, 1938; [c] *Lichtenhaeler C.* La Médecine hippocratique. 9 vol. Genève, Droz, 1948—1963; [d] *Edelstein L.* Nachträge: Hippokrates // Realencyclopädie der classischen Altertumswissenschaft. Supplement VI. 1953. Col. 1290—1345; [e] *Joly R.* Le Niveau de la science hippocratique. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences. Paris: Les Belles Lettres, 1966; [f] *Jouanna J.* Hippocrate. Pour une archéologie de l'école de Cnide. Paris: Les Belles Lettres, 1974. Базовым изданием трудов Гиппократа остается двуязычный свод Литтре (см. выше, примеч. 10).

[23] Томас Сайденхем (1624—1689) — английский врач-практик, известный внесенными им в медицинское знание новшествами. Как М. Фуко говорит об этом в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 205—207), Сайденхем выстроил патологическое знание согласно новым нормам, выдвинув в качестве метода наблюдение, взяв за основу симптомы, описываемые больным, — в противовес медицинским системам, прибегавшим, подобно галенизму или ятрохимии, к спекулятивному подходу (за что его и стали называть «английским Гиппократом»), — и введя «натуралистическое» описание болезней, позволяющее привести клинические случаи к «видам» болезней, определяемым по образцу ботаники. Результаты своих исследований Сайденхем изложил в кн.: *Sydenham Th.* Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem. Methodus curandi febres, propiis observationibus superstructa. Londini: Kettilby, 1676. Ср.: [a] *Faber K.* Thomas Sydenham, der englische Hippocrates, und die Krankheitsbegriffe der Renaissance. Munich: Medizinische Wochenschrift, 1932. P. 29—33; [b] *Berghoff E.* Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes. Vienne: W. Maudrich, 1947. P. 68—73; [c] *King L. S.* Empiricism and rationalism

in the works of Thomas Sydenham // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 44. N 1. 1970. P. 1—11.

Сайденхем был одним из тех, кто, как указывает М. Фуко в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 305—308), способствовал укреплению позиций объяснения истерии через физиологические поражения нервов, отсылающие в свою очередь к расстройствам «животных духов», — в ущерб традиционному ее объяснению, соотносившему истерию с маткой и гуморальной моделью «токов»: «Истерическое заболевание [...] всецело проистекает из расстройства животных духов и вовсе не вызывается, как говорят другие авторы, порчей семени или менструальной крови, которые якобы приносят вредные токи к пораженным местам» (*Sydenham Th.* Dissertatio epistolaris ad G. Cole de observationis nuperis circa curationem variolarum, confluentium, necnon de affectione hysterica. Londini: Kettilby, 1682 [trad. fr.: *Sydenham Th.* Dissertation en forme de lettre à Guillaume Cole // Sydenham Th. Œuvres de médecine pratique / Trad. A. F. Jault & J.-B. Baumes. T. II. Montpellier: J. Tourel, 1816. P. 65—127; 85]). Ср.: *Veith I.* [1] On hysterical and hypochondriacal affections // Bulletin of the History of Medicine. 1956. Vol. 30. N 3. P. 233—240; [2] Hysteria: the History of a Disease. Chicago, Ill.: Chicago University Press, 1965 (trad. fr.: *Veith A.* Histoire de l'hystérie / Trad. S. Dreyfus. Paris: Seghers, 1973. P. 138—146). В более широком плане также см.: [a] *Daremberg Ch.* Histoire des sciences médicales, comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale. T. II. Paris: Baillière, 1870. P. 706—734 (глава 23: «Сайденхем, его жизнь, его доктрины, его практика и его наследие»); [b] *Dewhurst W.* Dr Thomas Sydenham (1624—1689): His Life and Original Writings. Londres: Wellcome Historical Medical Library, 1966. Укажем базовые англоязычное и франкоязычное издания сочинений Т. Сайденхема: *Sydenham Th.* [1] The Works of Thomas Sydenham, translated from the Latin Edition of Dr Greenhill, with a Life of the Author / Transl. R. G. Latham. 2 vol. Londres, Sydenham Society, 1848—1850; [2] Œuvres de médecine pratique (см. выше).

[24] М. Фуко опирается здесь на сочинение Джона Баркера (указанное в подготовительной рукописи к лекции): *Barker J.* Essai sur la conformité de la médecine des anciens et des modernes, en comparaison entre la pratique d'Hippocrate, Galien, Sydenham et Boerhaave dans les maladies aiguës / Trad. R. Shlomberg. Paris: Cavalier, 1749. P. 75—76: «Совершенно необходимым для него [медика. — *Ж. Л.*] является углубленное знание учения о кризисах и критических днях [...], способность выяснять, должным ли образом происходит нагревание жидкостей, в какое время следует ожидать кризиса, каким образом он будет происходить и одержит ли он верх над болезнью». См. также: *Aymen J.-B.* Dissertation

sur les jours critiques. Paris: Rault, 1752. О важности понятия кризиса свидетельствует хотя бы тот факт, что соответствующая статья в «Энциклопедии» Дидро и Даламбера написана виднейшим медиком своего времени Теофилем Борде (1722—1776) и занимает 18 страниц ин-фолио (см.: *Bordeu Th.* Crise // Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers. T. IV. Lausanne: Société typographique, 1754).

[25] *Кризис* [κρίσις] обозначает момент решающего поворота в ходе болезни: «В болезни происходит кризис, когда она усугубляется, отступает, переходит в другую болезнь или прекращается» (*Hippocrate.* Affections // Œuvres complètes / Éd. Littré. T. IV. 1847. P. 216). Ср.: [a] *Hamelin G.* Crise // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1 série. T. XXIII. Paris: Masson /Asselin, 1879. P. 258—319; [b] *Chantraine P.* Κρίσις // Dictionnaire étymologique de la langue grecque. T. II. P. 584; [c] *Bourgey L.* Observation et expérience chez les médecins de la Collection Hippocratique. Paris: Vrin, 1953. P. 236—247. О древнегреческих медицинских терминах см.: *Van Brock N.* Recherches sur le vocabulaire médical du grec ancien. Soins et guérison. Paris: Klincksieck, 1961. См. также: *Foucault M.* DE. II. N 146. P. 693—694.

[26] Приблизительно таково определение, данное Сайденхемом в кн.: *Sydenham Th.* Observatones medicae (раздел 1, глава 1, § 1): «Болезнь есть не что иное, как усилие природы, которая, чтобы сохранить больному жизнь, изо всех сил стремится изгнать болезнетворное вещество» (цит. в кн.: *Daremberg Ch.* Histoire des sciences médicales. T. II. P. 717).

[27] В «Истории безумия» М. Фуко уже говорил о сдвиге, происшедшем в медицине XVIII века, когда уже не столько в «животных духах», «сколько в жидких и твердых составляющих человеческого тела стали искать секрет болезней» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 245, 285). Герман Бургав (1668—1738), основываясь на данных физики, химии и естественных наук, представлял болезнь как следствие нарушения равновесия твердых и жидких субстанций (см.: *Boerhaave H.* Institutiones medicae, in usus annae exercitationis domesticos digestae. Leyde: Van der Linden, 1708. P. 10 [trad. fr.: *Boerhaave H.* Institutions de médecine / Trad. J. O. de La Mettrie. T. I. Paris: Huart, 1740]). Ср.: [a] *Daremberg Ch.* Histoire des sciences médicales. T. II. P. 897—903 (глава XXVI); [b] *King L. S.* The Background of Hermann Boerhaave's Doctrines (Boerhaave Lecture, Held on September 17, 1964). Leyde: Publications de l'Université de Leyde, 1965.

Фридрих Хофман (1660—1742), немецкий врач, считал болезни следствием повреждений твердых и жидких субстанций тела и нарушения их функций; следуя механистическим представлениям, он уделял важную роль изменениям тонуса тканей и механики кровотока.

См.: *Hoffmann F.* [1] Fundamenta medicinae ex principiis mechanicis et practicis in usum Philiatrorum succinte proposita [...] jam aucta et emendata, etc. Halae: Magdeburgicae, 1703 (trad. angl., par L. S. King: Londres, Macdonald / New York: American Elsevier, 1971. P. 10); [2] Medicina rationalis systemica. 2 vol. Halle: Renyeriana, 1718—1720 (trad. fr.: La Médecine raisonnée de M. Fr. Hoffmann / Trad. J.-J. Bruhier. Paris: Briasson, 1738). Ср.: [a] *Daremberg Ch.* Histoire des sciences médicales. T. II. P. 905—952; [b] *Rotschuch K. E.* Studien zu Friedrich Hoffmann (1660—1742) // Studhoffs Archiv für Geschichte der Medezin. 1976. Vol. 60. P. 163—193, 235—270. Об этом аспекте медицины XVIII века см. также: *King L. S.* [1] The Medical World of the Eighteen Century. Chicago: University of Chicago Press, 1958; [2] Medical theory and practice at the beginning of the eighteen century // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 46. N 1. 1972. P. 1—15.

[28] *Hippocrate.* Épidémies [I, раздел 3, § 12] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. II. 1840. P. 679—681: «Те болезни, которые отягчаются по четным дням и разрешаются тоже в четные дни; те же, которые отягчаются по нечетным дням и разрешаются в нечетные. Для заболеваний, разрешающихся в четные дни, первый период наступает на 4-й день, затем, последовательно, на 6, 8, 10, 14, 20, 40, 60, 80, 100-й и так далее. Нужно обращать на это внимание и помнить, что от происходящих в эти дни болезни кризисов зависит выздоровление или смерть, и во всяком случае состояние больного в эти дни решительно улучшается или ухудшается».

[29] Об определении благоприятных или неблагоприятных дней для обращения к оракулу см.: *Amandry P.* La Mantique apollinienne à Delphes. Essai sur le fonctionnement de l'oracle. Paris: E. de Broccard, 1950. P. 81—85 (глава VII: «Периодичность обращений»). В том, что касается древнегреческой «мантики» (слово происходит от глагола μαντεύσθαι, обозначавшего «гадать», предсказывать будущее по тем или иным признакам, то есть заниматься прорицанием [μαντις]), основным, хотя и довольно давним, источником остается кн.: *Bouché-Leclercq A.* Histoire de la divination dans l'Antiquité. 4 vol. Paris: Leroux, 1879—1882. См. также: [a] *Halliday W. R.* Greek Divination: A study, of its Methods and Principles. Londres: Macmillan, 1913; [b] *Defradas J.* La divination en Grèce // Cacquot A. & Leibovici M., dir. La Divination. T. I. Paris: Presses universitaires de France, 1968. P. 157—195; [c] *Flacelière R.* Devins et Oracles grecs; [d] *Vernant J.-P.*, éd. Divination et Rationalité. Paris: Éd. Du Seuil, 1974.

[30] *Hippocrate.* Épidémies [III, раздел 3, § 16] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. III. P. 103. Гиппократ считал «важной частью искусства медицины» способность «выяснять порядок наступления критических дней и с помощью этого знания предвидеть ход болезни. Зная об этих днях, вы будете знать, какому больному, в какое время, каким образом давать пищу».

[31] *Hippocrate.* Pronostic [§ 1] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. II. P. 111: «Наилучшим врачом является, по моему мнению, тот врач, который умеет предвидеть заранее... Способность понимать по состоянию больного, как это состояние изменится в будущем, поможет ему излечивать недуги».

[32] По словам Гиппократа, задача врача заключается в том, чтобы «бороться [ανταγονισασθαί] своим искусством с любыми случайностями» (*Hippocrate.* Pronostic [§ 1] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. II. P. 111). И «если вы знаете причину болезни, то вы сможете предписывать телу то, что для него полезно, лечить болезнь противоположным ей [ék toú énantíou épistámenos]» (*Hippocrate.* Des Vents [I] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. IV. P. 93; изменения во французском переводе. — *Ж. Л.*).

[33] Термин «кризис», взятый из юридического словаря, обозначал «суд», «разрешение», прежде чем приобрести в медицине значение решающего момента, когда «болезнь разрешается [κρινεται] в пользу выздоровления или смерти» (*Hippocrate.* Des Affections internes [21—220, 9] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. VII. P. 217). Или же: «У некоторых [...] болезнь разрешалась кризисом» (*Hippocrate.* Épodémies [I. Раздел 2. § 4] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. II. P. 627). Что же касается врача, то он судит благодаря знанию благоприятных моментов для своего вмешательства. Ср.: *Hippocrate.* Des Maladies [I, 5] // Œuvres complétes / Éd. Littré. T. VI. P. 147—151.

[34] См. медицинские сцены в пьесах Мольера (1622—1673): *Molière J.-B.* [1] L'Amour médecin // Molière J.-B. Œuvres complètes / Éd. Par M. Rat. T. II. Paris: Gallimard, 1947. P. 14—25 (II акт, 2 сцена, где участвуют четверо медиков, и 3—4 сцены с обследованием; пьеса была впервые сыграна 14 сентября 1665 г.); [2] Monsieur de Pourceaugnac // Molière J.-B. Œuvres complètes. T. II. P. 141—150 (I акт, 7—8 сцены, где участвуют два медика и аптекарь; пьеса была впервые сыграна 6 октября 1669 г.); [3] Le Malade imaginaire // Molière J.-B. Œuvres complètes. T. II. P. 845—857, 871—873 (II акт, 5—6 сцены; III акт, 5 сцена; пьеса была впервые сыграна 10 февраля 1673 г.). Ср.: *Millepierres F.* La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière. Paris: Hachette, 1964.

[35] М. Фуко имеет в виду случай, происшедший во время первого приезда Галена (129, Пергам — 200, Рим) в столицу Империи (осень 162—лето 166), прежде чем в 169 г. врач поселился там окончательно. Ср.: *Galien.* De Praecognitione [178] // Opera omnia / Éd. et trad. latine C. G. Kühn. T. XIV. Lipsiae: In officina C. Cnoblochii, 1827. P. 666—668. Имеется также англоязычное издание: Galien. On Prognosis. Corpus

Medicorum Graecorum [V. 8. 1] / Trad. Vivian Nutton. Berlin: Akademie-Verlag, 1979. P. 135—137. О связях Галена с римскими медицинскими кругами см.: *Walsh J.* Galen clashes with the medical sects at Rome (163 AD) // Medical Life. 1928. Vol. 35. P. 408—444. О его практике см.: [a] *Ilberg J.* Aus Galens Praxis. Ein Kulturbild aus des römischen Kaiserzeit // Neue Jahrbücher für das klassische Altertum. Vol. 15. Leipzig: Teubner, 1905. P. 276—312; [b] *Nutton V.* The chronology of Galen's early career //The Classical Quarterly. 1973. Vol. 23. P. 158—171.

[36] Этот пассаж перекликается с множеством анализов, посвященных М. Фуко «дознанию»: первая часть курса 1971/72 учебного года «Уголовные теории и институты» посвящена дознанию и его эволюции в Средневековье (см.: *Foucault M.* DE. II. N 115. P. 390—391); в лекции от 28 марта 1973 г. курса 1972/73 учебного года «Карательное общество» М. Фуко возвращается к теме формирования «дознавательного знания»; эта же тема поднимается им и в третьей лекции цикла «Истина и юридические формы» (23 мая 1973 г.; см.: *Foucault M.* DE. II. N 139. P. 581—588). Наконец, М. Фуко обращается к теме процесса колонизации «истины-выпытывания», имеющей форму события, «истиной-констатацией», имеющей форму знания, в 1975 г. (см.: *Foucault M.* DE. II. N 146. P. 696—697).

[37] То есть во второй половине XVIII века, поскольку Фридрих Хофман, еще исповедовавший теорию кризисов, хотя и применял понятие критических дней со значительными оговорками, умер в 1742 г. Ср.: *Daremberg Ch.* Histoire des sciences médicales. T. II. P. 929.

[38] Эта разметка, совпадающая по времени с организацией административной санитарной корреспонденции и введением службы интендантов, обязанных собирать сведения об эпидемиях и эндемических болезнях, нашла свое институциональное выражение в создании по инициативе Тюрго, 29 апреля 1776 г., «Королевского общества медицинской корреспонденции», которое 28 августа 1778 г. стало «Королевским обществом медицины», призванным изучать эпидемии и эпизоотии, но просуществовавшим только до 1794 г. Ср.: *Hannaway C.* The Société Royale de Médecine and epidemics in the Ancient Regime // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 46, N 3. 1972. P. 257—273. По поводу проводившихся «Обществом...» исследований см.: [a] *Meyer J.* Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774—1794) // Annales ESC. 21 année. N 4. Août 1966. P. 729—749; [b] *Dupin H. & Massé L.* Une enquête épidémiologique à péripéties multiples: l'étude de la pellagre // Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique. Vol. XIX, N 8. 1971. P. 743—760; [c] *Peter J.-P.* [1] Une enquête de la Société Royale de Médecine. Malades et maladies à la fin du XVIII siècle // Annales ESC. Juillet-août 1967. 22 année. N 4. P. 711—751; [2] Les mots et

les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIII siècle // Revue historique. 1971. N 499. P. 13—38; [d] *Desaive J.-P., Goubert P., Le Roy Ladurie E.* Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIII siècle. Paris: Mouton, 1972. Ср. обращение М. Фуко к этой теме в «Рождении клиники»: *Foucault M.* Naissance de la clinique. P. 21—36 (глава 2: «Политическое сознание»).

[39] О развитии «больничного оснащения» и возникновении медицинской полиции см.: [a] *Rosen G.* [1] Hospitals, medical care and social policy in the French Revolution // Bulletin of the History of Medicine. 1956. Vol. 30, N 1. P. 124—129 (воспроизводится в кн.: From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care. New York: Science History Publications, 1974. P. 220—245); [2] A History of Public Health. New York: MD. Publications, 1958; [3] Mercantilism and health policy in eighteenth-century French thought // Medical History. Vol. III. Octobre 1959. P. 259—277 (воспроизводится в кн.: From Medical Police to Social Medicine. P. 201—219); [b] *Joerger M.* [1] Les enquêtes hospitalières au XVIII siècle // Bulletin de la Société française d'histoire des hopitaux. 1975. N 31. P. 51—60; [2] La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime // Annales ESC. Septembre-octobre 1977. N 5. P. 1025—1051; [c] *Imbault-Huart M.-J.* L'hôpital, centre d'une nouvelle médicine (1780—1820) // Zusammentrang Festschrift für Marilene Putscher. T. II. Cologne: Wienand, 1984. P. 581—603. М. Фуко посвятил этому вопросу множество текстов: *Foucault M.* [1] Naissance de la clinique. P. 63—86 (глава V: «Урок больниц»); [2] La politique de la santé au XVIII siècle // Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne. Dossiers et documents. Paris: Institut de l'Environnement, 1976. P. 11—21 (воспроизводится в кн.: *Foucault M.* DE. III. N 168. P. 13—27); [3] Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine // DE. III. N 170. P. 50—54 (первая лекция по истории медицины, прочитанная в октябре 1970 г. в Рио-де-Жанейро); L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne // DE. III. N 229. P. 508—521 (третья лекция этого же цикла).

[40] Ср.: [a] *Foucault M.* Naissance de la clinique. P. 125—149 (глава VIII: «Вскройте несколько трупов»); [b] *Ackernecht E. H.* La Médecine hospitalière à Paris (1794—1848). P. 209—214.

[41] Эту тему М. Фуко развивает во второй лекции по истории медицины, прочитанной в Рио-де-Жанейро: «Рождение социальной медицины» (см.: *Foucault M.* Naissance de la médecine sociale // DE. III. N 196. P. 212—215). Ср.: *Rosen G.* Problems in the application of statistical knowledge analysis to questions of health (1711—1880) // Bulletin of the History of Medicine. 1955. Vol. 29, N 1. P. 27—45; [b] *Greenwood M.* Medical Statistics from Graunt to Farr. Cambridge: Cambridge University Press, 1948.

[42] Так, Жорже выдвигает в качестве «первого принципа слежение за тем, чтобы мысль больного не развивалась в направлении его бреда» (*Georget E. J.* De la folie. P. 280 [глава V: «Лечение безумия»]). Лере также рекомендует «не позволять больному говорить о своем бреде и сосредоточивать его на другом» (*Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 120). О «принципе отвлечения» см. выше: с. 141—142, примеч 6.

[43] Жан-Пьер Фальре говорит о необходимости обращения к патологоанатомическим исследованиям во введении (сентябрь 1853) к своей книге «О душевных болезнях, рассмотренных в свете медицины, гигиены и судебно-медицинской практики» (*Falret J.-P.* Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiènique et médico-légal. T. V): «В противовес доктринам наших предшественников мы, как и многие другие, склоняемся к анатомическому направлению науки, которое в настоящее время считается подлинным основанием медицины... Мы быстро убедились в том, что только патологическая анатомия может указать первопричину феноменов, которые мы наблюдаем у душевнобольных». В Шарантоне в это время шли патологоанатомические исследования, подытоженные в следующих публикациях: Жан-Батист Деле (1789—1879), работавший под началом Эскироля, 20 ноября 1824 г. защитил диссертацию: *Delaye J.-B.* Considération sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés // Th. Méd. Paris. N 224; Paris: Didot, 1824; Луи Флорантен Кальмей (1798—1895), интерн под началом д-ра Руайе-Коллара, главного врача лечебницы Шарантон в 1805—1825 гг., выпустил кн.: *Calmeil L. F.* De la paralysie considéreé chez les aliénés. Recherches faites dans la service de feu M. Royer-Collard et de M. Esquirol. Paris: Baillière, 1826; Антуан-Лоран-Жессе Бейль, поступивший в октябре 1817 г. на службу в лечебницу Шарантон, проводил там анатомические исследования, результаты которых изложил в диссертации 1822 г.: *Bayle A.-L.-J.* Recherches sur les maladies mentales. Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite et la goutte considérées comme causes de l'aliénation mentale // Th. Méd. Paris. N 147; Paris: Didot, 1822; а также в кн.: *Bayle A.-L.-J.* Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. См. также: *Esquirol J. E. D.* Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton (1835) // Esquirol J. E. D. Des maladies mentales... T. II. P. 698—700 (§ «Вскрытия тел»). Аналогичные изыскания велись и в Сальпетриере: Жан-Пьер Фальре изложил результаты своих исследований в докладе, прочитанном в Атенеуме медицины 6 декабря 1823 г.: *Falret J.-P.* Inductions tirées de l'ouverture des corps des aliénés pour servir au diagnostic et au traitement des maladies mentales. Paris: Bibliothèque Médicale, 1824; Этьен Жорже описал результаты около трехсот вскрытий тел душевнобольных, проведенных им в Сальпетриере, в кн.: *Georget E. J.* De la folie. P. 423—431 (глава IV: «Вскрытие тел. Исследования по патологической анатомии»); А. Фовиль подытожил свои анатомические эксперименты в диссертации: *Foville A.* Observations cliniques propres à éclairer certaines questions relatives a l'aliénation mentale // Th. Méd. Paris. N 138; Paris: Didot Jeune, 1824; Феликс Вуазен опубликовал свои анатомические работы в кн.: *Voisin F.* Des causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis.

[44] Так, например, Ш.-К.-А. Марк вернулся к процессу над женой журналиста из Селестá (которая в июле 1817 г. убила своего пятнадцатимесячного ребенка, отрубила его правую ногу, приготовила и частично съела ее) и подверг разбору судебно-медицинский отчет д-ра Ф. Д. Райссайзена, озаглавленный как «Анализ необычного случая детоубийства» (оригинальную немецкоязычную публикацию см. в изд.: Jahrbuch der Staatsartheilkund / Éd. par J. H. Kopp. Vol. XI. 1817), в своей кн.: *Marc Ch. Ch. H.* De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. T. II. Paris: Baillière, 1840. P. 130—146. К целому ряду уголовных дел обращался в своих исследованиях Этьен Жорже: *Georget E. J.* [1] Examen médical des procès criminels de Léger, Feldmann, Lecouffe, Jean-Pierre, Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense, suivi de quelques considérations médico-légales sur la liberté morale. Paris: Migneret, 1825; [2] Nouvelles discussions médico-légales sur la folie ou aliénation mentale, suivies de l'examen de plusieurs procès criminels dams lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense. Paris: Migneret, 1826. О такого рода медицинских стратегиях см.: [a] *Castel R.* Les médecins et les juges // Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère. Un cas de parricide au XIX siècle / Présenté par M. Foucault. Paris: Gallimard, 1973. P. 315—331; [b] *Devernoix P.* Les Aliénés et l'expertise médico-légale. Du pouvoir discrétionnaire des juges en matière criminelle, et des inconvénients qui en résultent. Toulouse: C. Dirion, 1905. М. Фуко возвращается к этой теме в лекционном курсе «Ненормальные» (лекции от 29 января и 5 февраля 1975 г.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб.: Наука, 2004. С. 107—169).

[45] Определение подобной болезни дает Эскироль, в примечании к главе 4 «О необычном побуждении к определенному действию» III раздела трактата Й. К. Хофбауэра (*Hoffbauer J. C.* Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence / Trad. A. M. Chambeyron, avec des notes de MM. Itard et Esquirol. Paris: Baillière, 1827. P. 309—359): «Существует особого рода мономания убийства, при которой не наблюдается никакого умственного или душевного расстройства; убийца пребывает во власти не-

преодолимой силы, влечения, которому он не в силах противостоять, слепого побуждения, не осознаваемого им предопределения, не имея для столь жестокого деяния ни мотива, ни даже ошибочной причины» (воспроизводится в кн.: *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. II. P. 804). М. Фуко возвращается к этому вопросу в лекционном курсе «Ненормальные» (лекции от 5 и 12 февраля 1975 г.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб.: Наука, 2004. С. 139—203). Об истории понятия см.: [a] *Fontanille R.* Aliénation mentale et Criminalité (Historique, expertise médico-lègale, internement). Grenoble: Allier Frères, 1902; [b] *Dubuisson P. & Vigouroux A.* Responsabilité pénale et Folie. Étude médico-légale. Paris: Alcan, 1911; [c] *Fontana A.* Les intermittence de la raison // Moi, Pierre Rivière... P. 333—350.

[46] Так, Ш. К. А. Марк утверждал, что «одной из важнейших и вместе с тем деликатнейших задач, которые могут быть поручены судебному медику, является установление того, с действительным или же притворным умопомешательством имеет дело суд» (*Marc Ch. Ch. H.* Matériaux pour l'histoire médico-légale de l'aliénation mentale // Annales d'hygiène publique et de médecine légale. T. II. 2 partie. Paris: Gabon, 1829. P. 353).

[47] Мишель Фуко имеет в виду институциональную критику, заявившую о себе в годы после Второй мировой войны. Ее представители обличали психиатрическую лечебницу, принявшую медицинские черты наследницу крупных больниц эпохи «великой изоляции», которая стала вследствие условий содержания в ней больных патогенным институтом (ср. отчет о содержании больных, представленный Л. Боннафе, Луи Ле Гийаном и Анри Миньоном на XII Конгрессе психиатрии и неврологии франкоязычных стран, прошедшем в Марселе 7—12 сентября 1964 г.: *Bonnafé L., Le Guillant L., Mignont H.* Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques // XII congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Paris: Masson, 1964). Таким образом, они задавались вопросом о том, «соответствует ли цель, преследуемая этим институтом [...], цели, которую мы единодушно формулируем так: психиатрическая терапевтика» (*Bonnafé L.* Le milieu hospitalier vu du point de vue thérapeutique, ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique // La Raison. 1958. N 17. P. 26), и пропагандировали «использование больничной среды как таковой в качестве средства лечения и социальной реабилитации» (*Bonnafé L.* Le milieu hospitalier... P. 8). Обратим внимание на публикации, содержащие подробную библиографию по этой проблеме: [a] *Daumezon G., Paumelle P., Tosquellus F.* Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. I: Le fonctionnement thérapeutique // Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie. T. I. Février 1955. 37—930. A-10. P. 1—8; [b] *Daumezon G. & Bonnafé L.* Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération (см. выше: с. 77—79, примеч. 1). Ср. ниже: «Контекст курса». § III. С. 422, примеч. 31.

[48] Выражение «борцы антипсихиатрического фронта» связано с определением, предложенным Мишелем Фуко в его выступлении «История безумия и антипсихиатрия» на коллоквиуме «Следует ли изолировать психиатров?», организованном в мае 1973 г. в Монреале А. Ф. Элленберже: «Я называю антипсихиатрией все то, что пересматривает, ставит под вопрос роль психиатра, наделенного некогда задачей продуцировать истину болезни в больничном пространстве». Истерики оказываются «бойцами» антипсихиатрии в том смысле, что, исполняя припадки по требованию, они вселяют «подозрение, [...] что Шарко, этот искусный укротитель безумия, способный вызывать и прогонять его, на самом деле не продуцирует истину болезни, а демонстрирует ее подделку» (Стенограмма. С. 12—13). Ср. ниже: «Краткое содержание курса». С. 395. М. Фуко опирается здесь на выводы Т. Шаца, посвященные Шарко, в его кн.: *Szasz T.* The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York, Harper & Row, 1974 (trad. fr.: *Szasz T.* Le Mythe de la maladie mentale / Trad. D. Berger. Paris: Payot, 1975. P. 41—52 [глава I: «Шарко и проблема истерии»]). Беседа об этом исследовании подтверждает указанную связь: «В этой книге есть глава, которая кажется мне замечательной: истерия разоблачается в ней как продукт психиатрической власти и вместе с тем как ответный удар в ее адрес, как ловушка, в которую попадает эта власть» (*Foucault M.* DE. III. N 175. P. 91). М. Фуко видит во «вспышках истерии, потрясавших психиатрические больницы во второй половине XIX века, [...] побочный эффект действия самой психиатрической власти» (*Foucault M.* DE. III. N 197. P. 231).

Лекция от 30 января 1974 г.

Проблема диагноза в медицине и психиатрии. — Место тела в психиатрической нозологии: модель общего паралича. — Судьба понятия кризиса в медицине и психиатрии. — Выпытывание реальности в психиатрии и его формы: I. Опрос и признание. Ритуал клинической презентации. Примечание: «патологическая наследственность» и дегенеративность. — II. Наркотики. Моро де Тур и гашиш. Безумие и сновидение. — III. Магнетизм и гипноз. Открытие «неврологического тела».

Я попытался показать вам, как и почему медицинский кризис, бывший одновременно теоретическим понятием и, главное, практическим инструментом медицины, в конце XVIII—начале XIX века исчез с появлением патологической анатомии, которая предоставила возможность выявить в рамках расстройства, локализованного внутри организма и обнаружимого в теле, реальность болезни. Вместе с тем патологическая анатомия открыла другую возможность — сформировать на основе различных расстройств такого рода, индивидуализирующих болезни, знаковые сети, позволяющие практиковать дифференциальную диагностику болезней. Органическая привязка заболевания, возможность дифференциальной диагностики привели к тому, что кризис как испытание, в ходе которого болезнь продуцировала свою истину, оказался просто бесполезным. Но в психиатрии имело место совершенно иное положение — по двум причинам.

Во-первых, для психиатрии дифференциальная диагностика не составляла ни ключевую проблему, ни даже проблему вообще. Разумеется, психиатрическая практика, в том числе и диагностика, на определенном уровне осуществлялась как дифференциальная диагностика одной болезни в отличие от другой — мании или меланхолии, истерии или шизофрении и т. д. Но строго говоря, такая практика оставалась поверхностной и второстепенной по отношению к подлинному вопросу, поднимавшемуся во всякой диагностике безумия; и этот подлинный вопрос заключался не в том, какое именно безумие имеет место, но в том, безумие это или не безумие. И в связи с этим положение психиатрии, как мне кажется, коренным образом отличалось от положения остальной медицины. Вы скажете мне, что в медицине тоже первым делом спрашивают о том, есть болезнь или нет. Но там этот вопрос относительно прост и, в сущности, маргинален; действительно, серьезно он может быть поднят только в случаях диссимуляции или ипохондрического бреда. Напротив, в области ментальной медицины единственным поднимаемым на деле вопросом как раз и является вопрос типа «да или нет»; дифференциальное поле, в котором осуществляется диагностика безумия, очерчивается не репертуаром нозографических разновидностей, а просто-напросто скачками между безумием и не-безумием: в этой бинарной области, в этом двояком по своей сути поле и разворачивается диагностика безумия. Поэтому психиатрическая деятельность, я бы сказал, нуждается в дифференциальной диагностике разве что как в своем второстепенном и, в известной степени, излишнем оправдании. Психиатрическая диагностика — это не дифференциальная диагностика, это, если угодно, решение в ту или иную пользу или абсолютный диагноз. Психиатрия функционирует по модели абсолютной, а не дифференциальной, диагностики.

Во-вторых, психиатрия, опять-таки в противоположность медицине, какою та складывалась в XIX веке, предстает как медицина без тела. Только надо учесть тот вполне очевидный факт, что с первых шагов психиатрии XIX века ее представители искали органические корреляты, область заболеваний, орган, который может быть поражен болезнью из разряда безумия. Искали и в некоторых случаях находили: в 1822—1826 годах Бейль дал определение общего паралича и поражений мозговой оболочки как осложнений сифилиса.[1] На этом основании можно сказать, что тело присутствовало в порядке психиатрии точно так же, как и в порядке обычной медицины. И тем не менее между

ними сохранялось существенное отличие: проблема, которую бралась разрешить психиатрическая деятельность, сводилась к вопросу не столько о том, к какому именно заболеванию отсылают те или иные поступки, высказывания, навязчивые идеи или галлюцинации, сколько прежде всего о том, является ли все это — такая речь, такое поведение, голоса и т. д. — безумием или нет. И вот наилучшее свидетельство тому, что именно в этом заключалась для психиатрии коренная проблема: в том самом общем параличе, который явился для психиатров начала XIX столетия одним из наиболее удобных выражений связи между душевной болезнью и организмом, Бейль в 1826 году выделил синдромы трех основных типов: двигательный синдром прогрессирующего паралича, психиатрический синдром безумия и, наконец, синдром конечного состояния деменции.[2] А Байарже через сорок лет писал: у Бейля все верно или почти верно, за исключением одной фундаментальной ошибки; дело в том, что безумие не содержится в общем параличе, но паралич и деменция переплетаются.[3]

Итак, можно, я думаю, подытожить: в психиатрии из-за ее абсолютной диагностики и отсутствия в ней тела был невозможен тот отказ от понятия кризиса, который медицина могла себе позволить благодаря патологической анатомии.* В том-то и будет заключаться проблема психиатрии, чтобы сформировать, определить некое испытание или серию испытаний, которые отвечали бы требованию абсолютного диагноза, выявляли бы реальность или нереальность предполагаемого безумия, включали бы его в поле реальности или же, напротив, разоблачали бы его нереальность.

Иными словами, классическое понятие кризиса в медицине, классическая практика медицинского кризиса, какою она имела место более двух тысячелетий, — этот классический кризис возымел в XIX веке два продолжения. Силами патологической анатомии удалось заменить классический медицинский кризис, его протекание, верификационными процедурами констатации и доказательства: таково медицинское продолжение. Иным было

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «И который, таким образом, подразумевал совершенно особую процедуру установления болезни».

психиатрическое продолжение классического кризиса: поскольку психиатрия не располагала полем, внутри которого констатация истины была бы возможна, ей пришлось ввести на смену классическому медицинскому кризису нечто, подобно ему являющееся выпытыванием, но уже не выпытыванием истины, а выпытыванием реальности. Выпытывание истины растворилось, с одной стороны, в техниках констатации истины — так произошло в обычной медицине, а с другой стороны, в выпытывании реальности — так случилось в психиатрии.

Суммируя и вместе с тем приступая к изучению этой системы, игры, арсенала испытаний реальности, можно сказать, что именно это — испытание реальности — стало важнейшим для психиатрии элементом, позволившим очертить, организовать и одновременно распределить поле дисциплинарной власти, о котором мы с вами говорили на предыдущих лекциях. Причем, если присмотреться, оно имело сразу два смысла.

Во-первых, требовалось представить как болезнь или, при необходимости, как не-болезнь предъявленные основания для принудительного лечения или возможного психиатрического вмешательства. Поэтому психиатрическое испытание носило, я бы сказал, характер административно-медицинской смычки: можно ли выразить на языке симптомов, в терминах болезни, то, что обосновывается в запросе? Выразить сам этот запрос как болезнь, представить изложенные в нем основания в виде симптомов болезни: такова первая функция психиатрического выпытывания.

Вторая же его функция коррелятивна первой и в некотором смысле куда более важна: ведь требовалось также представить как медицинское знание власть вмешательства и дисциплинарную власть психиатра. Я попытался показать вам, как функционировала эта власть в дисциплинарном поле, маркированном как медицинское, но не имевшем реального медицинского содержания; теперь же эту дисциплинарную власть потребовалось пустить в ход как власть медицинскую, и как раз психиатрическое выпытывание, с одной стороны, стало определять как болезнь запрос о принудительном лечении и, с другой — придало статус врача тому, кто облечен властью решения вопроса об этом лечении.

Говоря шире, если в органической медицине врач требует достаточно неопределенно: покажи мне твои симптомы — и я ска-

жу тебе, чем ты болеешь, — то в рамках психиатрического выпытывания его требование куда жестче, куда отчетливее: учитывая, кто ты есть, какова твоя жизнь, каковы жалобы на тебя, учитывая, что ты делаешь и что говоришь, дай мне симптомы — не чтобы я узнал, чем ты болеешь, но чтобы я мог быть врачом по отношению к тебе.

Психиатрическое выпытывание — это двойное королевское испытание. Оно провозглашает жизнь индивида сетью патологических симптомов и вместе с тем постоянно провозглашает психиатра врачом, высшую дисциплинарную инстанцию — инстанцией медицинской. Поэтому психиатрическое выпытывание можно охарактеризовать как непрерывную процедуру госпитализации. Почему из лечебницы нельзя выйти? Не потому что выход из нее далеко, но потому что вход — слишком близко. Поступление в лечебницу не прекращается, и каждая встреча, каждая стычка врача и больного раз за разом возобновляет, повторяет этот основополагающий, начальный акт, посредством которого безумие осуществляется как реальность, а психиатр — как врач.

Перед вами замысловатая, сложнейшая игра, в которую постепенно включаются все реальные тенденции больничного мира, истории психиатрии, безумия в XIX веке. Общая игра, суть которой в следующем: с точки зрения дисциплинарного функционирования (которое я проанализировал на предыдущих лекциях) мы видим медицинскую сверхвласть, безупречно действующую потому, в конечном счете, что врач составляет с дисциплинарной системой единое целое: вся больница — это тело врача. В то же время мы видим невероятную сверхвласть больного, поскольку именно он, подвергаясь психиатрическому выпытыванию, проходя через него, тем самым провозглашает или не провозглашает психиатра врачом, возвращает того к его обычной дисциплинарной функции или, наоборот, облекает его ролью врача — вы, конечно, понимаете, каким образом.

В следующий раз я попытаюсь объяснить вам, как в эту систему смогут включиться такие явления, как истерия и взаимоотношения с истериками Шарко. Истерик — это ведь тот, кто говорит: благодаря мне и только мне все, что ты со мной делаешь, — помещаешь в больницу, прописываешь лекарства

и т. д., — действительно является медицинской практикой; предоставляя тебе симптомы, я назначаю тебя врачом. Таким образом, под сверхвластью врача обнаруживается сверхвласть больного.

*

Такова, если угодно, картина введения психиатрического испытания, которое, как я уже говорил вам на предыдущей лекции, приобрело в первые шестьдесят лет XIX века три основных выражения. Испытание-реализация безумия, провозглашающее психиатра врачом и представляющее запрос как симптом, выразилось, во-первых, в процедуре опроса, во-вторых, в применении наркотиков, и в-третьих, в практике гипноза.

Начнем с техники опроса в самом широком смысле — опрос-анамнез, опрос-признание и т. д. На что нацелен этот опрос? Как именно его осуществляют? Я уже отмечал его дисциплинарную сторону, когда говорил о том, что с помощью опроса индивида привязывают к его личности, принуждают узнать себя в своем прошлом, в ряде событий своей жизни.[4] Но это лишь второстепенная, поверхностная функция опроса. Он имеет также целый ряд других функций, представляющих собой процедуры реализации безумия. Как мне кажется, опрос реализует безумие четырьмя приемами, или способами.

Во-первых, классический психиатрический опрос, каким он применялся в 1820—1830-е годы, всегда включает в себя так называемый поиск предзнаменований. Что значит искать предзнаменования? Это значит спрашивать у больного о том, какие болезни поражали его предков по прямой или боковой линиям. Вопрос этот парадоксален — и потому, что до конца XIX века он носил всецело анархический характер, учитывал без разбора все заболевания всех родственников, и потому, особенно, что в эпоху, о которой мы говорим сейчас, в 1830—1840-е годы, он был более чем неопределенным, ибо тогда не существовало ни понятия патологической наследственности,[5] ни даже понятия дегенеративности, введенного только в 1855—1860 годах.[6]

Нельзя не удивиться как размаху этого поиска, видевшего предрасположенности во всех без исключения болезнях, ког-

да-либо поражавших сколь угодно далеких предков, так и его до странности раннему распространению, притом что его настойчиво практикуют и в наши дни. О чем, собственно, идет речь, когда у душевнобольного спрашивают, чем болели его родственники, и педантично регистрируют апоплексический удар, приведший к смерти его отца, ревматизм его матери, слабоумного ребенка, родившегося у его дяди и т. д.? К чему тем самым стремятся? Разумеется, к перенесению всего этого поиска признаков, предзнаменований на полииндивидуальный уровень, но также, и это, как мне кажется, главное, — к замене недостающей патологической анатомии, отсутствующего у психиатрии или неприступного для нее — о чем мы с вами говорили — тела. Поскольку невозможно, никому не под силу, найти у больного органический субстрат его недуга, что ж, будем искать в его семье патологические происшествия, которые вне зависимости от их собственной сути могут передаваться и, следовательно, также образуют своего рода материальный патологический субстрат. Наследственность — помимо прочего, способ материализовать болезнь, если ее невозможно локализовать на уровне индивидуального тела: в этом случае измышляют, вычерчивают своего рода большое фантазматическое тело семьи, пораженное множеством всевозможных недугов — органическими и неорганическими, конституциональными и приобретенными, неважно, ибо, коль скоро они передаются, значит у них есть материальная основа, а если у них есть материальная основа, то почему бы ей не быть органическим субстратом безумия — иным, нежели индивидуальный субстрат патологической анатомии. Это своего рода метаорганический субстрат, образующий, впрочем, самое настоящее тело болезни. Тело больного в рамках психиатрического опроса, тело, которое пальпируют, ощупывают, простукивают и прослушивают, пытаясь отыскать в нем патологические признаки, на самом деле является телом всей его семьи; это тело, составляемое семьей и семейной наследственностью. А поиск наследственности — это замена тела патологической анатомии другим телом, или неким материальным коррелятом; это выработка метаиндивидуального *аналогона* организма, которым занимаются обычные врачи. Таков, на мой взгляд, первый аспект медицинского опроса: поиск предзнаменований.

Во-вторых, имел место и поиск признаков предрасположенности, индивидуальных предвестий: не предвещало ли что-либо безумие, когда оно еще не было в полном смысле слова безумием? Таков второй постоянный аспект психиатрического опроса: расскажите о своем детстве; вспомните, что тогда происходило; перескажите свою жизнь; когда вы болели, как болезни проявлялись у вас и т. д. Этими вопросами подразумевается, что безумие как болезнь всегда опережает само себя, даже в тех случаях, когда оно начинается внезапно, — даже тогда следует искать предвестия.

Если в общей медицине такого рода индивидуальные предвестия, тревожные обстоятельства позволяют определить тот или иной тип заболевания, решить, какое оно именно — прогрессирующее или нет, хроническое или нет, и т. д., то в психиатрической области его цель иная. Поиск индивидуальных предвестий здесь — это, по сути, попытка доказать, что безумие уже имело место прежде, чем сформировалось как болезнь, и вместе с тем что эти его признаки были еще не безумием как таковым, но условиями возможности безумия. Иными словами, надо найти такие признаки, которые не были бы собственно патологическими — ибо иначе они окажутся признаками болезни, ее действительными элементами, а вовсе не предвестиями, — не были бы внутренними признаками болезни, но соотносились бы с нею так, чтобы их можно было бы представить как предвестия, как ранние признаки, как свидетельства предрасположенности — и внутренние, и внешние болезни одновременно.[7] Надо включить безумие в индивидуальный контекст того, что можно назвать аномалией.[8]

Аномалия — это условие индивидуальной возможности безумия, и установить его необходимо, чтобы убедительно доказать, что то, что вы беретесь лечить, с чем вы имеете дело и что хотите представить именно как симптомы безумия, действительно имеет патологический характер. Условием превращения различных элементов, составляющих предмет, основание запроса о принудительном лечении, в патологические симптомы является включение этих элементов в общую ткань аномалии.

Чтобы представить этот феномен более полно, приведу в качестве примера досье Пьера Ривьера.[9] Когда врачи пытались установить, душевнобольной Пьер Ривьер или нет, в самом ли

деле он поражен тем, что они не слишком уверенно называли «мономанией» (вспомним, что мономания в эту эпоху, согласно определению Эскироля, считалась болезнью взрывного характера и характеризовалась именно своей внезапностью, а ее основным симптомом был соответственно внезапный переход к криминальному поведению[10]), как могли они доказать, что его криминальное поведение безумно? Им надо было перенести его в поле аномалий. И они выстроили это поле аномалий из ряда элементов. То, что Ривьер, будучи ребенком, рубил капустные кочаны, воображая, что это головы военачальников, то, что он распял лягушку в качестве плененного врага, и подобные этим факты[11] образовали горизонт аномалий, внутри которого затем удалось реализовать предмет названного вопроса в качестве безумия. Итак, вторым аспектом опроса является образование горизонта аномалий.

Третий же его аспект заключается в организации того, что можно было бы назвать скрещением или переплетением ответственности и субъективности. Во всяком психиатрическом опросе присутствует, как мне кажется, своего рода торговля, и происходит она следующим образом. Психиатр говорит сидящему перед ним индивиду: ну что ж, ты теперь здесь, по доброй воле или вопреки ей, но здесь, потому что на тебя жалуются, ты причиняешь хлопоты; ты говоришь то, делаешь это, ведешь себя так. Я не намерен спрашивать тебя о том, правда ли все это, мне не нужны твои утверждения, что обвинения в твой адрес обоснованны или нет, что ты причинял или вовсе не причинял кому-либо хлопоты, — я не следователь, — но я могу снять с тебя юридическую или моральную ответственность за то, что ты сделал, за то, что с тобой произошло, или за побуждения, которые ты испытываешь, только при одном условии: если ты субъективно признаешь реальность всего этого, представишь мне все эти факты как субъективные симптомы твоей жизни, твоего сознания. Мне нужно обнаружить все эти элементы, пусть и с некоторыми, бóльшими или меньшими, изменениями, это для меня неважно, в твоем рассказе, в твоих признаниях, как элементы твоего недуга, как движущую силу чудовищных желаний, как свидетельства непреодолимого влечения, короче говоря, как симптомы. Я могу сделать так, что причины, по которым ты находишься здесь, более не будут обременять тебя

юридической или моральной ответственностью, но, чтобы осуществить это освобождение, чтобы снять с тебя обвинения, мне нужно получить их от тебя самого в виде симптомов того или иного рода. Дай мне симптом, и я сниму с тебя вину.

Такая торговля разыгрывается, как мне кажется, в рамках психиатрического опроса и неизменно сосредоточивает его прежде всего на тех основаниях, по которым индивид оказался здесь, перед психиатром. Пересмотр причин, вследствие которых человек попал к психиатру, — связаны ли они с его сознательным решением, или наоборот, исходят со стороны, от других, — превращение этих оснований для лечения в симптомы как раз и должен осуществить психиатрический опрос.

Наконец, четвертой функцией психиатрического опроса является то, что я назову подготовкой ключевого признания. Дело в том, что психиатрический опрос по самой сути своей имеет некоторую цель и действительно всегда прекращается в определенном пункте. Цель, точка схода психиатрического признания — это как раз то, что оказывается и сердцевиной безумия, его ядром, некий очаг, соответствующий в случае безумия очагу патологического процесса.* И этот очаг безумия, который опрос всячески стремится реализовать, осуществить, есть сумасшествие в предельной, неопровержимой форме. От индивида надо добиться, чтобы он не просто признал наличие этого бредового очага, но и на деле актуализировал его в процессе опроса.

Такая актуализация может быть получена двумя способами — либо в виде собственно признания, ритуально произнесенного во время опроса: «Да, я слышу голоса! Да-да, у меня галлюцинации»,[12] «Да, я считаю себя Наполеоном!»,[13] «Да, я брежу!» (именно такого признания добивается психиатрический опрос), либо, если актуализация путем присвоения симптома в первом лице не удается, в процессе опроса должен актуализироваться кризис — у пациента должна случиться галлюцинация, истерический припадок и т. д. Так или иначе — посредством признания или актуализации основного симптома — субъекта

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Это немного похоже на выполнение семьей функции соматического субстрата безумия».

ставят в положение крайнего стеснения, загоняют в угол, так что он оказывается вынужден сказать «я безумен» или разыграть свое безумие наяву. В такой момент, будучи доведен до кульминационной точки опроса, он более не может уклоняться от собственных симптомов, проскальзывать между ними. Он вынужден сказать: я действительно тот человек, для которого придумана психиатрическая больница, мне нужен врач; я болен, и, поскольку я болен, вы, чья первостепенная функция заключается в моей госпитализации, — не кто иной, как врач. Таков решающий момент двойного провозглашения госпитализированного индивида больным, а индивида, который его госпитализирует, — врачом и психиатром.

Когда у опрашиваемого вырывают это отчаянное признание в безумии, прямое или косвенное, наступает некоторое облегчение. И в связи с этим в технике психиатрического опроса обнаруживается двойная аналогия с религиозным признанием и медицинским кризисом: религиозное признание способствует прощению, а выделения, исторгаемые во время кризиса, выводят из организма болезнетворную субстанцию. В точке совпадения или, если угодно, в своеобразном колебании между признанием, дарующим прощение, и выделениями, изгоняющими болезнь, отчаянное признание в безумии является — как утверждают психиатры XIX века и, несомненно, многие наши современники — тем, с помощью чего индивид сможет затем освободиться от своего безумия. «Я избавлю тебя от твоего безумия, если ты признаешься в нем», — или, другими словами: «Предоставь мне те причины, по которым я помещаю тебя в лечебницу, открой мне то, из-за чего я лишаю тебя свободы, и тогда я избавлю тебя от безумия. Путь к твоему исцелению — это тот самый путь, который может дать мне гарантию, что мои действия суть медицинские действия». Эта взаимозависимость между властью врача и вымогательством признания больного образует, как мне кажется, самую сердцевину техники психиатрического опроса.

Этот опрос, основные элементы которого я попытался вам представить, может быть прочитан сразу на трех уровнях. Первый из них — дисциплинарный уровень, о котором мы уже говорили,[14] оставим сейчас в стороне. Главными, думаю, являются два других. В рамках психиатрического опроса формируется

прежде всего медицинский *мимесис*, или *аналогон* схемы, предоставляемой медицине патологической анатомией: во-первых, опрос выстраивает из наследственных предрасположенностей тело, дает это тело не имевшей его болезни; во-вторых, вокруг этой болезни, чтобы определить ее как болезнь, он образует поле аномалий; в-третьих, из оснований запроса он создает симптомы; и, в-четвертых, он изолирует, очерчивает, локализует патологический очаг, указываемый и актуализируемый им в признании или в реализации главного, центрального симптома.

Следовательно, опрос выступает в психиатрии XIX века средством точной реконструкции элементов, характеризующих практику дифференциальной диагностики в органической медицине. Он позволяет воссоздать рядом с органической медициной, без пересечений с нею, нечто функционирующее таким же образом, как и она, но в качестве *мимесиса*, *аналогона*. Кроме того, в рамках опроса на деле осуществляется — путем уловок, замен, обещаний, игры взаимных подарков между врачом и больным — тройная реализация: реализация некоторого поведения как безумия, реализация безумия как болезни и, наконец, реализация сторожа при безумце как врача.

Разумеется, выполняя такие функции, психиатрический опрос оказывается всецело обновленным ритуалом абсолютной диагностики. Что представляла собой деятельность психиатра в типичной больнице XIX века? Как вы помните, у него было два и только два дела: обход и опрос. Совершая обход, врач инспектировал все службы своей больницы, ежеутренне производя превращение дисциплины в терапевтику: обходя и осматривая все уголки больницы, обследуя все детали дисциплинарной системы, он одним своим присутствием превращал их в терапевтический аппарат.[15]

Вторым же делом психиатра был опрос, заключавшийся в следующем: дайте мне ваши симптомы, представьте мне как симптомы свою жизнь, и тем самым вы сделаете меня врачом.

Два этих обряда, обход и опрос — суть элементы, за счет которых работает дисциплинарное поле, о котором я вам говорил. Понятно, кстати, и почему обряд опроса нуждался в периодическом усиленном повторении. Подобно, если хотите, ежедневным и торжественным богослужениям, клиническая презентация перед студенческой аудиторией была по отношению к закры-

тому опросу больного врачом тем же, чем праздничная месса с песнопениями по отношению к обычной. А почему клиническая презентация, этот почти публичный обряд, эта *Messa solemnis** психиатрии, так рано, так быстро распространилась в новой науке? Несколько слов об этом я уже сказал,[16] но сейчас, я думаю, нам открывается иной уровень функционирования клинической презентации.

Каким образом при отсутствии тела и исцеления, характеризующем психиатрическую практику, врач может быть действительно провозглашен врачом? Как можно было бы в полной мере осуществлять эти операции, о которых мы говорили, — это превращение запроса в симптомы, событий жизни в аномалии, наследственности в тело и т. д., — не будь, помимо постоянного функционирования лечебницы, еще и некоего обряда, который торжественно повторял бы то, что происходит во время опроса? И вот организуется пространство, в котором алиенист получает статус врача в силу одного того, что его окружают в качестве слушателей и зрителей студенты. Медицинский характер его действий обретает актуализацию вовсе не благодаря успешному лечению или тому, что он создал некую истинную этиологию, поскольку как раз об этиологии-то здесь речь не заходит; его действия, превращения, о которых я вам говорил, становятся медицинскими именно потому, что вокруг врача собирается хор, корпус студентов. Поскольку тела больного у психиатра нет, ей и нужна эта институциональная корпорация, студенческое окружение, внимающее ответам больного на вопросы профессора. Как только эти слушания кодифицируются и институциализируются как восприятие студентами того, что психиатр говорит в качестве ученого, специалиста в медицинском знании, все те операции, о которых я говорил до этого, с удвоенной силой и эффективностью принимаются за медицинское претворение безумия в болезнь, запроса о принудительном лечении в симптом и т. д.

Иными словами, мне кажется, что статусный характер речи врача, которая сама по себе не более чем дополнительна, ее способность увеличивать престиж говорящего и придавать его словам бóльшую истинность гораздо важнее, значительнее содержания этих слов: статусный характер речи психиатра ложится в основание его медицинской власти. Чтобы его речь на деле осуществляла описанные мною ранее медицинские превращения, она должна, по крайней мере периодически, ритуально, институционально маркироваться посредством обряда клинической презентации больного студенческой аудитории.

Вот что я хотел сказать вам о психиатрическом опросе. Разумеется, стоило бы внести некоторые уточнения в соответствии с различными его формами. У Лере, скажем, опрос принимал весьма изощренные формы: так, Лере разработал бессловесный опрос: врач ничего не говорит больному, ожидая, пока тот заговорит сам, позволяя ему сказать то, что он хочет, — таков, согласно Лере, единственный, или во всяком случае наилучший путь к получению полного признания в безумии.[17] Тот же Лере применял своеобразную игру, в рамках которой за неким симптомом обнаруживался новый вопрос, который-то и следовало изучить в ходе опроса. Впрочем, все это лишь второстепенные особенности описанного мною обряда опроса.

Наряду с опросом, опять-таки в качестве дополнения к нему, но исторически куда более важного, нежели упомянутые техники Лере, практиковались также два других оператора медикализации безумия, его реализации как болезни: наркотики и гипноз.

В связи с наркотиками я уже говорил ранее об их дисциплинарном применении с XVIII века: тогда использовали опиаты,[18] шафранно-опийную настойку и т. д.[19] В конце же XVIII века возникает новый феномен — судебно-медицинское применение наркотиков, и приблизительно в это же время один итальянский врач предлагает использовать их в больших дозах для выяснения, является ли индивид душевнобольным или нет, — как различитель безумия и его симуляции.[20]

Это было только начало, и в первые восемьдесят лет XIX века мы обнаруживаем широчайшую практику применения наркотиков в психиатрических больницах — прежде всего, опия, амилнитрита,[21] хлороформа[22] и эфира:[23] в 1864 году в «Общих архивах медицины» выходит важный текст Мореля об использовании эфира в психиатрической больнице.[24] Но, как мне кажется, наиболее значительный эпизод этой истории связан с практикой Моро де Тура и его книгой «О гашише и душевной болезни»,

* Торжественная месса (*лат.*). — *Примеч. пер.*

опубликованной в 1845 году.[25] Автор этого труда, оказавшего, судя по всему, серьезное историческое влияние, рассказывает о том, как он «сам» — нам еще предстоит оценить важность этого «сам», — попробовал гашиш и, приняв достаточно большую его дозу, сумел выделить в наступившей интоксикации следующие фазы: во-первых, «ощущение счастья»; затем «возбуждение, путаницу мыслей»; в-третьих, «нарушение ориентации во времени и пространстве»; в-четвертых, «усиление зрительной и слуховой чувствительности: обострение ощущений при прослушивании музыки и т. д.»; в-пятых, «навязчивые идеи и бредовые суждения»; в-шестых, расстройство или, как говорит он сам, «повреждение эмоций» — обостренный страх, повышенная возбудимость, усиление любовных переживаний и т. п.; в-седьмых, «непреодолимые влечения»; и, наконец, в-восьмых — это последняя стадия, — «иллюзии и галлюцинации».[26] На мой взгляд, этот опыт Моро де Тура и то, как он затем использовал его, очень важны по целому ряду причин.

Прежде всего, — и этот факт я не могу объяснить и даже проанализировать, — Моро де Тур уже в первом своем опыте, моментально, с самого начала, связал наркотические эффекты с ходом душевной болезни.* В описании стадий, которые я только что перечислил, мы очень быстро, уже со второго пункта, сразу после ощущения счастья — и оно, как выяснится далее, также будет переосмыслено, — узнаем приметы душевной болезни: путаются мысли, нарушается ориентация во времени и пространстве и т. д. Мне кажется, что эта психиатрическая конфискация наркотических эффектов в пользу душевной болезни поднимает важную проблему, которая, впрочем, подлежит анализу скорее в рамках истории наркотиков, чем душевных болезней. Но так или иначе, в истории безумия это применение наркотиков и уподобление наркотических эффектов симптомам душевной болезни предоставляют врачу, согласно Моро де Туру, возможность воссоздания безумия, одновременно искусственного, так как, чтобы все описанное произошло, нужна интоксикация, и естественного, поскольку ни один из приведенных Моро де Туром

* В подготовительной рукописи последующее рассуждение предваряется подзаголовком: «Идея о том, что феномены, порождаемые употреблением гашиша, идентичны феноменам безумия».

симптомов не чужд как по своему содержанию, так даже и по своему месту в общем ряду развитию безумия как спонтанной и естественной болезни. Речь, таким образом, идет о вызываемом и вместе с тем аутентичном воспроизводстве безумия. Дело происходит в 1845 году, когда ведется целый ряд исследований по экспериментальной физиологии. Моро де Тур — это Клод Бернар безумия: он открывает в своей области нечто подобное гликогенной функции печени.[27]

Другой важный пункт заключается в том, что наряду с идеей и орудием этого сознательного, рассчитанного экспериментирования над безумием возникает нечто большее — идея о том, что различные феномены, характеризующие интоксикацию гашишем, образуют некую естественную, необходимую последовательность, спонтанную цепь, гомогенную серию. Иными словами, поскольку эти феномены гомогенны феноменам безумия, то, возможно, отдельные симптомы безумия, относимые нозографами к тем или иным регистрам, к той или иной форме заболевания, то есть в конечном счете все симптомы безумия входят в единую серию. Если психиатры круга Пинеля, и особенно Эскироля, стремились выяснить, какую именно способность поражает та или иная душевная болезнь,[28] то теперь распространяется мнение, что существует одно-единственное безумие, развивающееся на протяжении всей жизни индивида, которое может, конечно, замирать, блокироваться, останавливаться на какой-либо стадии, так же как и интоксикация гашишем, но которое остается одним и тем же, которое едино как таковое на всех стадиях своего развития. Таким образом, гашиш позволяет психиатрам обрести то, что они так долго искали, — общий фон, на котором могут проявляться все известные симптомы безумия. Этот фон, этот пресловутый очаг, который доселе дано было находить в той или иной точке тела лишь патологоанатомам, теперь, в результате экспериментов с гашишем, предоставляется и психиатрам — как ядро, исходя из которого развивается всякое безумие. Этим фундаментальным ядром оказывается для Моро де Тура, который счел, что открыл его, то, что он назвал в 1845 году «первоначальным изменением рассудка»,[29] а позднее, в тексте 1869 года, — «первичным изменением».[30] Он описывает это первоначальное изменение так: «Всякая форма, всякий случай бреда или собственно безумия — на-

вязчивые идеи, галлюцинации, непреодолимые влечения [как видите, все это те же симптомы, которые обнаруживаются и в интоксикации гашишем. — *М. Ф.*] — коренятся в первоначальном изменении рассудка, которое всегда одинаково и является сущностным условием их возникновения. Это маниакальное возбуждение».[31] Выражение несколько неточное, ибо речь идет о неком «простом и вместе с тем сложном состоянии путаницы, неопределенности, блуждания и неустойчивости мыслей, часто выражающемся в глубокой непоследовательности. Это разложение, настоящий распад интеллектуальной системы, которую мы называем умственными способностями».[32]

Таким образом, гашиш помогает определить основной симптом, а точнее, самый очаг развития всех различных симптомов безумия. И этот сущностный фон всякого безумия можно, применяя гашиш, воспроизводить, показывать, воссоздавать, собственно актуализировать. Причем, что важно, у кого можно воспроизводить с помощью гашиша этот сущностный фон безумия? У кого угодно, например, у врача. Опыт с гашишем предоставляет врачу возможность общаться с безумием напрямую, иначе, нежели через внешнее наблюдение видимых симптомов; теперь безумие можно изучать путем субъективного использования врачом наркотических эффектов гашиша. И пресловутое органическое тело, которое было у патологоанатомов и отсутствовало у алиенистов, это тело, эту почву под ногами, эту инстанцию экспериментальной верификации, которой так не хватало психиатру, он может теперь заменить своим собственным опытом. А это в свою очередь позволяет отнести опыт психиатра к безумцу и как следствие получить доступ к некой нулевой точке между душевной психологией и патологической психологией. А главное, это позволяет психиатру от имени своей нормальности и тех опытов, которые он может проводить как нормальный, только принявший наркотик, психиатр, видеть, изрекать и вершить закон над безумием.

До опыта Моро де Тура психиатр, конечно, тоже вершил над безумием закон как нормальный индивид, но он делал это путем исключения: ты безумен, потому что мыслишь не так, как я; я признаю тебя безумцем, поскольку твои действия не повинуются причинам, понятным мне. В форме подобного исключения, альтернативы психиатр как нормальный индивид вершил

закон над безумием. Но теперь, после опыта с гашишем, он может говорить иначе: я знаю, каков закон твоего безумия, я знаю его, потому что могу воспроизвести его в себе; при условии некоторых изменений, как, например, отравление гашишем, я могу проследить шаг за шагом всю цепочку характеризующих безумие событий и процессов; я могу понять, что происходит, обнаружить и восстановить истинный, автономный ход твоего безумия; и, следовательно, я могу постичь его изнутри.

Так был заложен фундамент широко известного и совершенно нового для середины XIX века подхода психиатрии к безумию, основанного на понимании. Внутренняя связь с безумием, установленная психиатром с помощью гашиша, позволяет ему сказать: это безумие, поскольку я сам как нормальный индивид могу постичь ход развития этого феномена. Понимание как закон, вершимый нормальным психиатром над самим ходом безумия, обретает таким образом свой исходный принцип. И если прежде безумие было тем, что как раз не может быть воссоздано в рамках нормального мышления, то теперь оно, наоборот, оказывается тем, что должно быть воссоздано пониманием психиатра и исходя из него; а это понимание, следовательно, дается психиатру его внутренним подступом к безумию как властное дополнение.

Но что, собственно, такое этот первичный фон, восстанавливаемый при посредстве гашиша и не относящийся к безумию, — ведь гашиш и безумие не одно и то же, но вместе с тем и относящийся к нему — ведь его обнаруживают-таки в безумии в чистой и спонтанной форме? Что это за первичный фон, гомогенный безумию* и тем не менее не принадлежащий к нему, находимый и у психиатра, и у безумца? Моро де Тур называет его, и вы, конечно, догадываетесь, что это такое: это сновидение. Опыт с гашишем открыл сновидение в качестве механизма, который действует у нормального индивида и который может послужить принципом постижения безумия. «Таким образом, человеку свойственны два модуса духовного существования, две жизни. Первая из двух этих жизней складывается из наших взаимоотношений с внешним миром, с тем великим целым, ко-

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «В достаточной мере, чтобы служить его фундаментом и моделью».

торое мы называем вселенной; и она роднит нас со всеми нам подобными. А вторая жизнь — не что иное, как отражение первой, она в некотором роде питается материалом, который та ей предоставляет, и в то же время коренным образом от нее отличается. Неким барьером, воздвигнутым между двумя жизнями, физиологической точкой, в которой заканчивается внешняя жизнь и начинается внутренняя, и является сон».[33]

А что такое безумие? Безумие, так же как и интоксикация гашишем, есть особое состояние нашей нервной системы, когда барьеры сна, или барьеры бодрствования, или двойной барьер, образуемый сном и бодрствованием, оказываются разрушены или во всяком случае местами прорваны; вторжение механизмов сна в сферу бодрствования как раз и вызывает безумие, если процесс имеет, так сказать, эндогенный характер, и оно же вызывает галлюцинаторный опыт, если прорыв барьера обусловлен приемом инородного вещества — наркотика. Сон, таким образом, определяется как закон, общий для нормальной и патологической жизни; он — точка, исходя из которой понимание психиатра может предписать феноменам безумия свой закон.

Разумеется, формула «безумцы — это бодрствующие сновидцы»[34] не нова, вы найдете ее уже у Эскироля[35] и в конечном счете во всей психиатрической традиции.[36] Но совершенно новым и, на мой взгляд, главным у Моро де Тура и в его книге о гашише является то, что речь теперь идет уже не о сравнении безумия и гашиша, но об аналитическом принципе.[37] Более того, Эскироль и все психиатры, которые в это же время или раньше говорили, что «безумцы — это спящие», проводили между феноменами безумия и сна аналогию, тогда как Моро де Тур устанавливает связь между феноменами сна, и по разные стороны от него, — феноменами нормального бодрствования и феноменами безумия.[38] Положение сна между бодрствованием и безумием, отмеченное и установленное Моро де Туром, связало с его именем фундаментальное начало истории психиатрии и истории психоанализа. Иными словами, не Декарт, сказавший, что сон превосходит безумие и включает его в себя,[39] но Моро де Тур, соотнесший сон с безумием как в некотором роде его оболочку, постиг безумие и позволил его понять. После Моро де Тура психиатр смог сказать — и психоаналитик будет, в сущности, без конца повторять это: коль скоро я могу видеть сны, я могу понять, что такое безумие; благодаря своим сновидениям, исходя из того, что я могу вынести из них, я в конечном итоге пойму, что происходит в голове у безумца. Таков вклад Моро де Тура и его книги о гашише.

Итак, наркотик — это сон, пропущенный в бодрствование, это бодрствование, в некотором смысле зараженное сном. Это осуществление безумия. И с этим сопряжена идея, что, если дать гашиш больному, уже больному, то его безумие просто усилится. Дав гашиш нормальному индивиду, вы сделаете его безумцем, но дав гашиш больному, вы сделаете его безумие более явным, ускорите его ход. С этой целью Моро де Тур ввел гашишную терапию в свою лечебную практику. И начал — как признается он сам — с ошибки: он прописал гашиш меланхоликам, уповая на то, что «маниакальное возбуждение», первичное для безумия и вместе с тем свойственное сну, компенсирует их грусть, заторможенность, ослабление двигательной активности — компенсирует меланхолический ступор маниакальным возбуждением от гашиша. Таков был его замысел.[40] Но сразу же убедившись в отсутствии ожидаемого эффекта, он как раз и решил вернуться с новыми средствами к старой технике медицинского кризиса.

Моро де Тур сказал себе: если мания заключается в своеобразном возбуждении, а кризис в классической медицинской традиции, практикуемой, впрочем, тем же Пинелем,[41] — это момент, когда проявления болезни ускоряются и интенсифицируются, делая маньяков еще маниакальнее; так дадим же им гашиш и тем самым вылечим их.[42] В книгах-протоколах этой эпохи мы находим множество случаев исцеления, но, разумеется, не находим анализа вероятных рецидивов, ибо считалось, что единожды достигнутое исцеление, даже если через несколько дней болезнь вернулась, остается таковым.

Как вы видите, наряду с опросом и вне какой-либо связи с ним имело место воссоздание свойственных ему механизмов. Гашиш — это своего рода автоматический опрос, и если врач, позволяя наркотику действовать, теряет свою власть, то больной, повинуясь автоматике наркотика, тоже не может противопоставить свою власть власти врача, так что за потерю власти врач вознаграждается внутренним постижением безумия.

Третью систему испытаний в психиатрической практике двух первых третей XIX века составляли магнетизм и гипноз.

Первоначально гипноз использовался, по сути дела, как своего рода смещенный кризис. В конце XVIII века гипнотизером назывался тот, кто внушал пациенту свою волю, и в 1820—1825 годах психиатры начали применять гипноз в психиатрических больницах — прежде всего в Сальпетриере — именно с целью усиления власти, которую брал на себя врач.[43] Следует, впрочем, отметить, что в конце XVIII—начале XIX века с помощью гипноза добивались не только облечения врача тотальной, абсолютной властью над больным, но также и наделения больного дополнительным — месмеристы, кстати, называли его «интуитивным» — зрением, или большей «интуицией», благодаря которой больной индивид мог познать свое тело, свою болезнь, а в некоторых случаях и болезни других.[44] Гипноз конца XVIII века сводился к передаче самому больному того, что в теории классического кризиса составляло задачу врача. Ведь при классическом кризисе врач должен был предвидеть дальнейший ход болезни, угадать ее сущность и, так сказать, помочь ей во время кризиса.[45] Целью же гипноза, каким практиковали его месмеристы-ортодоксы, стало привести больного в такое состояние, чтобы он мог на деле познать природу, процесс и сам исход своей болезни.[46]

В экспериментах, ведшихся в 1820—1825 годах в Сальпетриере, мы имеем дело с психиатрическим применением гипноза такого типа. Больного или больную усыпляли и затем спрашивали у них, какой болезнью они поражены, с каких пор, по каким причинам и что они должны сделать, чтобы выздороветь. Об этой практике имеется целый ряд свидетельств.

Вот, например, месмеризация, проводившаяся в 1825—1826 годах. Больная сидит перед гипнотизером, и тот задает ей вопросы: «Кто вас усыпил? — Вы. — Почему вчера вас тошнило? — Потому что мне дали холодный бульон. — Когда вас тошнило? — В четыре часа. — После этого вы ели? — Да, месье, и тошноты больше не было. — Почему вы заболели в первый раз? — Я простыла. — Это произошло давно? — Год назад. — Вы падали? — Да, месье. — Падали на живот? — Нет, на спину...» и т. д.[47] Медицинская диагностика осуществлялась некоторым образом через окно, открытое практикой гипноза.

Один из виднейших алиенистов этого времени, Жорже, подверг гипнозу двух больных по прозвищам «Петронилла» и «Гульфик».[48] Находясь под гипнозом, Петронилла поведала врачу: «Я заболела после того, как упала в воду, и если вы хотите вылечить меня, то вам нужно сделать со мной то же самое».[49] Жорже так и поступил, но исцеления не произошло, поскольку, как уточняла больная, она упала в Уркский канал, тогда как психиатр просто выкупал ее в бассейне.[50] Петронилла, требовавшая повторения своей травмы, затем была сочтена симулянткой, невинной и простодушной жертвой хитрости которой оказался Жорже. Впрочем, сейчас это не важно; я лишь хотел показать, что в это время, в 1820-х годах, гипноз функционировал как дополнение, продолжение классического кризиса, помогая познать болезнь, открыть ее истинное лицо.

Подлинное же введение гипноза в психиатрическую практику произошло несколько позднее, после выхода трактата Брейда «Неврогипнология, или Рассуждение о невротическом сне» (1843)[51] и распространения во Франции, в круге Брока́ в 1858—1859 годах,[52] методов автора этой книги.

Почему же брейдизм был принят на вооружение, в то время как месмеризм к 1830-м годам уже отвергли?[53] Его отвергли по той простой причине, что гипнотизеры ничтоже сумняшеся хотели доверить больным и «ясновидению» больных медицинские власть и знание, которые согласно самому принципу института больницы могли принадлежать исключительно врачу. Именно это заставило Академию медицины и самих врачей преградить первым практикам гипноза путь в психиатрию.

Брейдизм же, напротив, был спокойно принят и уже в 1860-е годы распространился в больничной практике. Почему? Отчасти, конечно, потому что брейдизм, да, впрочем, и гипноз вообще уже не следовали старой теории материального магнетизма.[54] В определении Брейда гипноз всеми своими эффектами обязан воле врача. Только твердость врача, только его авторитет, только власть, которой он обладает над больным, без участия каких-либо токов, сами по себе могут вызвать гипнотическое действие.

Кроме того, брейдизм лишил больного способности продуцировать медицинскую истину, которой еще добивались от него в 1825—1830 годах. В рамках брейдизма гипноз образует стихию, в которой может развернуться медицинское знание. Техника Брейда позволила в некотором смысле всецело нейтрализо-

вать волю больного и предоставить полную свободу чистой воле врача — вот что прельстило психиатров и заставило их принять то, от чего в 1830 году они отказались. Реставрация гипноза во Франции состоялась после проведенной Брока́ хирургической операции над загипнотизированным больным.[55] Гипноз вернулся уже как окно, через которое могла проникнуть к больному и овладеть им медицинская власть-знание.

Гипнотическая нейтрализация больного, то, что теперь у него уже не просили познать свою болезнь, но, напротив, старались сделать его чистой поверхностью, готовой принять волю врача, имела огромное значение, ибо, опираясь на нее, можно было дать определение гипнотическому воздействию. Что и было сделано Брейдом, а главное, уже после Брейда, во Франции, автором книг, выпущенных под именем Филипса, которого в действительности звали Дюран де Гро. Он эмигрировал из Франции в 1852 году, но через несколько лет вернулся и впоследствии публиковался под псевдонимом Филипс. И в 1860—1864 годах этот Филипс определил процесс и отдельные аспекты гипноза.[56] Он показал, насколько важен гипноз хотя бы потому, что он обладает дисциплинарным воздействием; он успокоителен точно так же, как опрос и наркотики; не будем к этому возвращаться. Но главное, что гипнотическое состояние, которое Филипс называет «гипотаксическим» и в котором пребывает загипнотизированный субъект,[57] предоставляет врачу возможность распоряжаться больным по своей воле. Прежде всего распоряжаться его поведением: врач может запретить или, напротив, предписать больному вести себя так или иначе, просто приказав ему. Дюран де Гро называет это «ортопедией»: «Брейдизм предоставляет основу, — говорит он, — для умственной и душевной ортопедии, которая однажды, несомненно, станет обычной в воспитательных домах и исправительных учреждениях».[58] Таким образом, гипноз позволяет моделировать, формировать поведение.

Кроме того, он позволяет устранить симптомы. С помощью гипноза следует предотвращать появление симптомов: так, Дюран де Гро утверждает, что, если больному дать соответствующий приказ, можно прекратить у него приступы хореи.[59]

И наконец, анализируя и корректируя функции больного, гипнотизер может распоряжаться его телом: вызывать сокращения или, наоборот, паралич мышц, усиливать или ослаблять чувствительность тех или иных участков тела, возбуждать или затормаживать те или иные умственные и душевные способности. Он может вмешиваться даже в автоматические функции — такие, как кровообращение и дыхание.[60]

Таким образом, в рамках подобного принятого в середине XIX века гипноза определяется или, точнее, появляется пресловутое тело больного, ранее отсутствовавшее в психиатрической практике. Гипноз оказывается тем, что позволяет действительно взяться за тело — не только на дисциплинарном уровне поступков, но и на уровне мышц, нервов и элементарных функций. И следовательно, это новый для психиатра, куда более совершенный, куда более эффективный, нежели опрос, способ подступа к телу больного; или, говоря точнее, в его распоряжении впервые оказывается тело больного во всех, так сказать, функциональных подробностях. Психиатрическая власть наконец берется за это тело, которое уклонялось от нее с тех пор, как выяснилось, что патологическая анатомия неспособна проникнуть в функционирование и механизмы безумия.*

Мне кажется, что описанные выше различные орудия, различные техники реализации болезни стали элементами, содействие которых обусловило центральное событие в истории психиатрии и безумия в XIX веке. Есть три орудия — опрос, гипноз и наркотики, три способа эффективной реализации болезни. Однако в рамках опроса эта реализация осуществлялась исключительно в языке и, главное, имела два изъяна: во-первых, не позволяла психиатру иначе, нежели путем игры вопросов и ответов, на внутреннем уровне, общаться с механизмами безумия и, во-вторых, не давала ему подступа к строению тела больного.

Наркотики, напротив, предоставили доступ к безумию изнутри, это властное дополнение, получаемое психиатром в

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Таким образом, гипноз предоставляет еще один способ выпытывания болезни, родственный наркотикам своим дисциплинарным действием и эффектом воспроизводства патологической реальности, но отличающийся от них и в некотором смысле даже превосходящий их, поскольку он всецело адекватен воле врача, а также поскольку он позволяет или во всяком случае может позволить устранить один за другим симптомы и открывает непосредственный доступ к телу».

силу того, что он думает, воображает, что понимает феномены безумия. Что же касается гипноза, то с его помощью психиатр подступился к самому функционированию тела больного.

Таковы элементы, на основе которых выстроилось... Или, точнее говоря, эти элементы имели место, и вдруг, в 1860—1880-х годах, их значение и статус резко выросли, когда в рамках самой классической медицины возникло новое определение, а точнее новая реальность тела, когда было открыто тело, не просто состоящее из органов и тканей, но тело с функциями, навыками, поведением — иными словами, после того как в 1850—1860-х годах в кругу Дюшена де Булоня зародилось понятие неврологического тела.[61]

В этот момент возникла возможность, основываясь на этом теле, вновь открытом медициной, техниками гипноза и наркотиков наконец включить механизмы безумия в систему дифференциального знания, в медицину, основанную прежде всего на патологической анатомии или физиологии. И это включение, вернее, эта попытка включить безумие в общемедицинскую симптоматологию, от которой его до сих пор отгораживало отсутствие тела и дифференциальной диагностики, стало важным событием. Неудача этой попытки, предпринятой Шарко, тот факт, что неврологическое тело уклонилось от психиатра так же, как и тело патологической анатомии, оставили психиатру только три его властных орудия, разработанные еще в первой половине XIX века. Иначе говоря, после того как неврологическая надежда не оправдалась, психиатрии пришлось довольствоваться тремя этими элементами — опросом (языком), гипнозом и наркотиками, применяя которые, в больницах или за их пределами, психиатрическая власть функционирует и по сей день.

Примечания

[1] Лишь в 1879 г., в работах Альфреда Фурнье (1832—1914), общий паралич был описан как частое осложнение третичного сифилиса (ср.: *Fournier A.* Syphilis du cerveau. Paris: Masson. 1879). Прежде чем быть принятой, эта связь напряженно дебатировалась в Медико-психологическом обществе с апреля по июнь 1879 г. и затем с февраля по ноябрь 1898 г. 27 марта 1893 г. Ле Филиатр в докладе «Сифилитические предпосылки некоторых случаев общего паралича» представил сифилис как «серьезнейшую предрасположенность к параличу» и встретил град возражений (ср.: Annales médico-psychologiques. 7 série. T. XVII. Juillet 1893. P. 436). Как вспоминает генеральный секретарь Медико-психологического общества, «в 1893 г. убежденные сторонники специфической причины общего паралича были среди нас крайне немногочисленными» (*Ritti A.* Histoire des travaux de la Société médico-psychologique (1852—1902) // Annales médico-psychologiques. 8 série. T. XVI. Juillet 1902. P. 58). Его специфическая этиология не оставила сомнений только в 1913 г., с обнаружением Ногучи и Муром бледной трепонемы в головном мозге паралитиков.

[2] *Bayle A. L. J.* Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. P. 536—537: «В числе множества симптомов, которыми сопровождается это заболевание, только два являются ключевыми и могут его характеризовать [...]: 1) расстройство умственных способностей, или бред; 2) неполный паралич. 1) Бред: умопомешательство [...], первоначально частичное и заключающееся в своеобразной мономании с притуплением способностей, затем принимает общий характер, становится маниакальным и сопровождается экзальтацией [...]; а после этого переходит в состояние слабоумия [...]; 2) Паралич: паралич, который в комбинации с бредом позволяет диагностировать хронический менингит, представляет собой ослабление тонуса, притупление чувствительности, сначала весьма незначительное и затрагивающее только один орган, но затем постепенно и неуклонно усиливающееся, распространяющееся все шире и в конечном итоге охватывающее всю двигательную систему, так что как нельзя точнее соответствующим ему термином кажется нам [...] термин „общий несовершенный паралич“». См. также: *Christian J. & Ritti A.* Paralysie générale // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris. 2 série. T. XX. Paris: Masson / Asselin, 1884.

[3] Жюль Байарже (1809—1890) утверждал, что «нельзя рассматривать безумие вслед за Бейлем как постоянный и основной симптом общего паралича. Имеются основания признать лишь два основных симптома, могущих характеризовать общий паралич: это слабоумие и собственно паралич» (приложение к французскому переводу 2 издания [1861], исправленного и дополненного, трактата Вильгельма Гризингера: *Griesinger W.* Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique / Trad. Doumic. Paris: A. Delahaye, 1865. P. 612; книга сопровождалась введением с классификацией душевных болезней, примечаниями и дополнялась работой об общем параличе д-ра Байарже: «О симптомах общего паралича и о связи этой болезни с безумием» [p. 389—876]). Байарже не раз возвращался к этой проблеме: *Baillarger J.*

[1] Des rapports de la paralysie générale et de la folie [лекция, прочитанная в лечебнице Сальпетриер] // Annales médico-psychologiques. 2 série. T. V. Janvier 1853. P. 158—166; [2] De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale // Annales médico-psychologiques. 4 série. T. VIII. Juillet 1866. P. 1—20; [3] De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes // Annales médico-psychologiques. 6 série. T. IX. Janvier 1883 (в этой статье о теории общего паралича Байарже вновь утверждает, что «„общий паралич" следует *четко отличать от безумия* и рассматривать как отдельную, самостоятельную болезнь» — p. 28; курсив автора).

[4] См. выше: лекция от 19 декабря 1973 г., с. 170.

[5] Впрочем, наследственность уже привлекалась к этому времени как одна из причин безумия: Ф. Пинель во втором издании своего «Медико-философского трактата об умопомешательстве» утверждал, что было бы трудно «не признать наследственной передачи мании, ибо всюду отмечается, что в нескольких последующих поколениях семьи маньяка некоторых его потомков поражает эта болезнь» (*Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Éd. 1809); Эскироль говорил о «наследственности как наиболее частой причине предрасположенности к безумию» (*Esquirol J. E. D.* De la folie. P. 64). Однако предметом отдельного исследования эта проблема стала лишь в книге Клода Мишеа: *Michéa Cl.* De l'influence de l'hérédité dans la production des maladies nerveuses (труд был премирован Академией медицины 20 декабря 1843 г.), — и в статье Ж. Байарже (*Baillarger J.* Recherches statistique sur l'hérédité de la folie [доклад, прочитанный в Академии медицины 2 апреля 1844 г.] // Annales médico-psychologiques. T. III. Mai 1844. P. 328—339, 329), где автор впервые недвусмысленно заявил: «Влияние наследственности на возникновение безумия является общепризнанным». Понятие «патологической наследственности» было уточнено в 1850—1860 гг. в работах Жака Моро де Тура, развивавшего идею передачи патологии потомству в различных формах, или «диссимилятивной наследственности», которая предоставила возможность распространить понятие наследственности на множество разновидностей безумия. См.: *Moreau de Tours J.* [1] De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales [доклад, прочитанный в Академии наук 15 декабря 1851 г.] // Annales médico-psychologiques. 2 série. T. IV. Janvier 1852. P. 119—129; juillet 1852. P. 447—455 (критические отзывы на публикацию); [2] La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou De l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel. Paris: Masson, 1859. Ажиотаж вокруг вопроса наследственности достиг апогея в ходе дебатов в Медико-психологическом

обществе по поводу наследственной передачи безумия (см. ниже, примеч. 7); ср.: *Déjerine J.* L'Hérédité dans les maladies du système nerveux; [b] *Voisin A.* Hérédité / Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. T. XVII. Paris: Baillière, 1873. P. 446—488. М. Фуко возвращается к этой теме в лекции от 19 марта 1975 г. курса «Ненормальные» (*Фуко М.* Ненормальные. СПб., 2004. С. 348—382).

[6] См.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб., 2004. С. 139—169, 348—382 (лекции от 5 февраля и 19 марта 1975 г.).

[7] См. доклад Ж. Моро де Тура (выше: примеч. 5) о признаках предрасположенности к безумию, имеющий подзаголовок: «О наследственной предрасположенности к мозговым поражениям. Существуют ли отчетливые признаки, по которым может быть выявлена такая предрасположенность?». См. его же «Сообщение о предвестиях безумия» (прочитанное в Академии медицины 22 апреля 1851 г.). В 1868 г. Жорж Дутребант, интерн Мореля, получил Премию Эскироля за свое «Генеалогическое исследование наследственных душевнобольных», посвященное «признакам душевного, физического и умственного характера, позволяющим раннее выявление патологической наследственности у предрасположенных или страдающих умопомешательством» (*Doutrebente G.* Étude généalogique sur les aliénés héréditaires // Annales médico-psychologiques. 5 série. T. II. Septembre 1869. P. 197—327, 197). Медико-психологическое общество посвятило вопросу о «физических, умственных и душевных признаках различных видов наследственного безумия» десять заседаний, прошедших между 30 марта 1885 г. и 26 июля 1886 г.

[8] О формировании понятия аномалии см.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб., 2004. С. 79—106, 348—382 (лекции от 22 января и 19 марта 1975 г.).

[9] См.: Moi, Pierre Rivière...

[10] О понятии «мономании убийства» см. выше: с. 310—311, примеч. 45.

[11] «Подробное описание и объяснение события, происшедшего 3 июня в Оне, деревне округа Фоктри, самим его виновником» (Moi, Pierre Rivière... P. 124, 127).

[12] М. Фуко опирается на материалы опроса больного А., 42 лет, поступившего в Бисетр 18 июня 1839 г. в связи со слуховыми и зрительными галлюцинациями, а также эротическими и тщеславными навязчивыми идеями. Ср.: *Leuret F.* Du traitement moral de lafolie. P. 199—200 (I: «Страдающие галлюцинациями»; наблюдение 1).

[13] М. Фуко цитирует материалы лечения г-на Дюпре. Ср.: *Leuret F.* Du traitement moral de la folie. P. 441—442. См. выше: лекция от 9 января 1974 г.

[14] См. выше: лекция от 19 декабря 1973 г. С. 185—190.

[15] Об обходе ср.: *Falret J.-P.* De l'enceignement critique des maladies mentales. P. 105—109.

[16] См. выше: лекция от 9 января 1974 г. С. 215—217.

[17] Leuret F. Leçons cliniques de médecine mentale. P. 222: «Не заостряйте внимание на уловках душевнобольного, стремящегося уклониться от раздражающей его власти врача, лучше демонстрируйте [...] безразличие; ограждайте его рассудок от всякой догадки [...] о желании врача проникнуть в его мысли, и тогда, будьте уверены, видя ваше равнодушие к контролю над ним, он станет доверчивым, покажет себя таким, какой он есть, благодаря чему вы сможете обследовать его более свободно и более результативно». В подготовительной рукописи к лекции М. Фуко, впрочем, ссылается в качестве иллюстрации теории бессловесного опроса на Наблюдение XLIV из «Трактата...» В. Гризингера (*Griesinger W.* Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique. P. 392):

«Можно было бы решить, что она слушает... я сделал сотню шагов, не говоря ни слова и стараясь не выказывать внимания к ней... я снова остановился... я внимательно смотрел на нее, пытаясь оставаться неподвижным и не давая заметить даже любопытства в своем взгляде...

Так мы провели около получаса, глядя друг на друга, после чего она прошептала несколько слов, которые я не понял; я дал ей свой блокнот, и она написала их [...]».

[18] См. выше: с. 197, примеч. 2.

[19] См. выше: с. 196, примеч. 1.

[20] Речь идет о хирурге, работавшем в миланских тюрьмах, по имени Монтеггиа, который, подозревая преступника в симуляции безумия, давал ему несколько раз подряд большие дозы опиума, так что тот чувствовал такую усталость «от наркотического действия, что начинал бояться смерти и понимал, что бессмысленно продолжать притворяться» (см.: Folie soupçonnée d'être feinte, observée par le professeur Monteggia / Trad. par Ch. Ch. H. Marc // Matériaux pour l'histoire médico-légale de l'aliénation mentale // Annales d'hygiène publique et de médecine légale. T. II. 2 partie. 1829. P. 375—376). См. также: [a] *Marc Ch. Ch. H.* De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaire. T. I. P. 498; [b] *Laurent A.* Étude médico-légale sur la simulation de la folie. P. 239.

[21] Открытый в 1844 г. Антуаном Жеромом Баларом (1802—1876) как болеутоляющее средство при грудной ангине, амилнитрит вскоре стал предметом терапевтических экспериментов в психиатрии — в лечении эпилепсии и истерии. Ср.: *Dechambre A.* Nitrite d'amyle // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. XIII. Paris: Masson / Asselin, 1879. P. 262—269.

[22] См. выше: с. 296, примеч. 2.

[23] См. выше: с. 227—228, примеч. 18.

[24] В статье «О применении эфира при безумии в диагностическом и судебно-медицинском аспектах» (*Morel B. A.* De l'éthérisation dans la folie du point de vue du diagnostic et de la médecine légale. P. 135) Б. О. Морель рекомендовал использовать эфир как «наиболее безвредное и быстродействующее средство, могущее способствовать признанию истины».

[25] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale.

[26] Указанные М. Фуко рубрики соответствуют названиям разделов II—VIII главы I «Психологические феномены» книги Моро де Тура (*Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 51—181).

[27] Имеются в виду работы Клода Бернара (1813—1878), начатые им в 1843 г. и увенчавшиеся открытием гликогенной функции печени, описанным в докторской диссертации К. Бернара в области естественных наук, защищенной им 17 марта 1853 г. (*Bernard C.* Recherches sur une nouvelle fonction du foie, considéré comme oragane producteur de matière sucrée chez l'homme et les animaux. Paris: Baillière, 1853). Этапы этого открытия описаны в кн.: *Bernard C.* Introduction a l'étude de la médecine expérimentale. Paris: Baillière, 1865. P. 286—289, 318—320.

[28] См. выше: с. 226, примеч. 12.

[29] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 36.

[30] *Moreau de Tours J. J.* Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique). Paris: Baillière, 1869. P. IX, XIV, XVII, XIX.

[31] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 35—36.

[32] Ibid. P. 36.

[33] Ibid. P. 41—42; De l'identité de l'état de rêve et de la folie // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. I. Juillet 1855. P. 361—408.

[34] Как М. Фуко указывает в «Истории безумия», идея аналогии механизмов, продуцирующих сновидения и безумие, развивалась с XVII века (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 256—261 [часть II, глава 2: «Преодоление бреда»]). Помимо текстов, на которые ссылается эта работа, обратим внимание на письмо Спинозы к Пьеру Баллену от 20 июля 1664 г., где философ говорит о разновидности сна, которая, будучи зависимой от тела и движения его токов, подобна тому, что наблюдается при бреде (см.: *Spinoza B.* Œuvres. T. IV / Trad. et notes par Ch. Appuhn. Paris: Garnier-Flammarion, 1966. N 17. P. 172), а также на знаменитую формулу Канта: «Помешанный — это бодрствующий сновидец» [«Der Verrückte ist also ein Traumer im Wachen»] (*Kant I.* Essai sur les maladies de la tête / Trad. J.-P. Lefevre // L'Évolution paychiatrique. Toulouse: Privat, éd. 1971. P. 222). См. также: [*Kant I.*] Anthropologie

in pragmatischer Hinsicht aßgefasst von Immanuel Kant. Königsberg: Friedrich Nicolovius, 1798 (trad. fr.: *Kant I.* Anthropologie du point de vue pragmatique / Trad. M. Foucault. Paris: Vrin, 1964. P. 173 [«Дидактика». I. 53]): «Тот, кто [...] предан игре идей, видит, поступает и судит не в мире, общем для него с другими, но (как во сне) в мире, принадлежащем исключительно ему».

[35] *Esquirol J. E. D.* [1] Délire // Dictionnaire des sciences médicales. T. VIII. 1814. P. 252: «Бред, подобно сновидениям, работает не с теми объектами, которые предстают нашим органам чувств в здоровом состоянии, во время бодрствования. Будь так, можно было бы отдаляться от этих объектов и приближаться к ним; но во сне и в состоянии бреда мы не можем пользоваться этой способностью» (воспроизводится в кн.: *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. I); [2] Hallucinations // Dictionnaire des sciences médicales. T. XX. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1817. P. 67: «Тот, кто бредит, и тот, кто видит сон... вверяются своим галлюцинациям, своим грезам...; он [бредящий] грезит, бодрствуя» (воспроизводится в кн.: *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. I. P. 292); [3] Des illusions chez les aliénés (Erreurs des sens) // *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales... T. I: «галлюцинирующие — это бодрствующие сновидцы».

[36] Об этой психиатрической традиции см.: [a] *Maury A.* [1] Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale (Mémoire lu a la société médico-psychologique, le 25 octobre 1852) // Annales médico-psychologiques. 2 série. T. V. Juillet 1853. P. 404—421; [2] De certains faits observés dans les rêves et dans l'état intermédiaire entre le sommeil et la veille // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. III. Avril 1857. P. 157—176, 168: следуя этой традиции, Мори предполагает, что «человек, погрузившийся в царство сна, в полной мере воссоздает человека, пораженного душевной болезнью»; [3] Le Sommeil et les Rêves. Études psychologiques sur ces phénomènes et les divers états qui s'y attachent. Paris: Didier, 1861 (особенно глава V: «Об аналогиях между галлюцинацией и сновидением» [p. 80—100] и глава VI: «Об аналогиях между сновидением и душевной болезнью» [p. 101—148]); [b] *Freud S.* Die Traumdeutung [1901] / Gesammeltwerke. T. II—III. Francfort-sur-le-Main, S. Fischer Verlag, 1942. P. 1—99, 627—642 (trad. fr.: *Freud S.* L'Interprétation des rêves / Trad. D. Berger. Paris: Presses universitaires de France, 1967. P. 11—89 [глава I: «Научная литература по проблемам сновидения»], p. 529—551 [глава VIII: «Библиография»]); [c] *Ey H.* [1] Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et a la veille // Annales médico-psychologiques. 14 série. T. II. Juin 1934; [2] Études psychiatriques. Vol. I: Historique, Méthodologie, Psychopathologie. 2 éd. rev. et aug. Paris: Desclée de Brouwer, 1962. P. 218—228, 282 (часть II: «„Сновидение, первейшее дело" психопатологии. История и постановка проблемы»; «Библиография»); [3] La dissolution de la conscience dans le sommeil et le rêve et ses rapports avec la psychopathologie // L'Évolution psychiatrique. T. XXXV. 1970. N 1. P. 1—37. Ср. замечания М. Фуко по этому поводу в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 256—261).

[37] Об этом свидетельствуют заявления Ж. Байарже в ходе дебатов вокруг доклада д-ра Буске по материалам книги Ж. Ж. Моро де Тура (*Bousquet, Dr.* Mémoire lu a l'Académie impériale de la médecine, le 8 mai 1855 // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. I. Juillet 1855. P. 448—455). Отвечая на критику Буске, Байарже уточнял: «Важно признать не тождество органических состояний в двух этих случаях, но теснейшую аналогию между состояниями сна и безумия с психологической точки зрения и возможность извлечь из их сравнительного изучения ценнейшие сведения» (Annales médico-psychologiques. 3 série. T. I. Juillet 1855. P. 465). Моро де Тур в свою очередь, говоря об «органических условиях» сна и о «фундаментальных проявлениях бреда», предлагал «с целью лучшего выявления, изучения и постижения столь сложной совокупности явлений, какою являются умственные расстройства, [...] соотносить эти феномены между собою, придерживаясь довольно многочисленных аналогий, родственных черт, которые они обнаруживают» (*Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 44).

[38] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 32—47 (часть II. § 1: «Физиологические аспекты»).

[39] М. Фуко намекает на преимущество, которое Декарт, согласно Ж. Деррида, отдает сновидению перед безумием в своем Первом размышлении «О вещах, которые могут быть подвергнуты сомнению» (*Descartes R.* Méditations touchant la première philosophie [1641] // Descartes R. Œuvres et Lettres / Éd. A. Bridoux. P. 268—269). Ср. комментарии М. Фуко в «Истории безумия» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 56—59; а также приложение II).

[40] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 402 (часть III: «Терапевтика»): «Одно из действий гашиша, которые особенно меня поразили [...], заключается в своего рода маниакальном возбуждении, неизменно сопровождаемом чувствами радости и блаженства... И в этом я вижу средство эффективной борьбы с навязчивыми идеями меланхоликов... Не ошибаюсь ли я в своих предположениях? Я склонен им верить».

[41] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 405: «Пинель, а вместе с ним и все медики-алиенисты считали, что душевная болезнь разрешается в ходе приступов буйства». Ж. Ж. Моро де Тур имеет в виду рассказы об исцелениях после «критического

приступа», которые Пинель приводит в своем «Медико-философском трактате» (*Pinel Ph.* Traité médico-philosophique. Éd. 1800. P. 37—41 [раздел I. § XIII: «Причины, позволяющие рассматривать большинство приступов мании как проявления спасительной и способствующей исцелению реакции»]). См. также статью «Кризис», написанную для «Словаря медицинских наук» Ландре-Бове, заместителем Пинеля в Сальпетриере: *Landré-Beauvais.* Crise // Dictionnaire des sciences médicales. T. VII. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1813. P. 370—392.

[42] *Moreau de Tours J. J.* Du haschich et de l'aliénation mentale. P. 405: «Перед нами стояла четко определенная задача, которую можно было бы сформулировать следующим образом: удержать бред, склонный к хроническому течению, в его первоначальной остроте, оживить его, пока он не затих окончательно. И экстракт индийской конопли оказался наиболее подходящим для решения этой задачи из всех известных медикаментов».

[43] См. выше, с. 169, примеч. 21.

[44] *Foissac P.* Mémoire sur le magnétisme animal, adressé a messieurs les membres de l'Académie des sciences et de l'Académie royale de médecine. Paris: Didot Jeune, 1825. P. 6: «Как только загипнотизированный погружается в глубокий сон, он обнаруживает признаки некой новой жизни... Его сознание расширяется, и заявляет о себе та поразительная способность, которую первые гипнотизеры называли „интуицией", или „ясновидением"... Благодаря ей сомнамбулы [...] распознают болезни, которыми они поражены, близкие и далекие причины этих болезней, место поражения, прогнозируют течение этих болезней и рекомендуют наиболее подходящее лечение... Прикладывая руку к голове, груди, животу неизвестного, они говорят, чем он болен, какого рода страдания и нарушения вызывает его болезнь; кроме того, они сообщают, возможно ли ее вылечить, легким или трудным, скорым или продолжительным должно быть лечение, и какие средства следует применить, дабы достичь результата».

[45] См. выше, с. 305, примеч. 28, 29.

[46] Приведем в качестве примера сеанс магнетического лечения, проведенный 4 мая 1784 г. Арманом Марком Жаком де Шастене, маркизом де Пюисегюром (1751—1825), над Виктором Расом, двадцатитрехлетним крестьянином из его поместья Бюзанси (близ Суассона): усыпленный больной ответил на вопросы, дал сведения о своем состоянии, указал направление терапевтического вмешательства и предсказал дату своего выздоровления, которая впоследствии подтвердилась. Подобным образом лечили и Шарля Франсуа Эме, 14 лет, который, находясь в гипнотическом сне, рассказал о продолжительности и силе его будущих припадков. Ср.: *Chastenet de Puységur A. M. J.*

[1] Mémories pour servir a l'histoire et a l'établissement du magnétisme animal. Vol. I. Paris, [s. n.], 1784. P. 199—211, 96—97; [2] Détail des cures opérées a Buzancy, près de Soissons, par le magnétisme animal, opuscule, anonime, publié par Puységur, Soissons, 1784; [3] Appel aux savants observateurs du dix-neuvième siècle de la décision portée par leurs prédécesseurs contre le magnétisme animal, et fin du traitement du jeune Hébert. Paris: Dentu, 1813 (рассказ о лечении юного Эбера, с предисловием, восхваляющим достоинства магнетизма). По истории магнетического лечения в целом см.: [a] *Mialle S.* Exposé par ordre alphabétique des cures opérées en France par le magnétisme animal depuis Mesmer jusqu'a nos jours (1774—1826). Paris: Dentu, 1826; [b] *Ellenberger H. F.* Mesmer, and Puységur: from magnetisme to hypnotism // Psychoanalitic Review. Vol. 52. 1965. N 2.

[47] Речь идет о восьмом сеансе, проведенном 2 ноября 1820 г. бароном Жюлем Депюте де Сенневуа в отделении д-ра Юссона, главного врача лечебницы Отель-Дьё, над восемнадцатилетней Катрин Самсон. Ср.: Exposé des expériences publiques sur le magnétisme animal faites a l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant le cours des mois d'octobre, novembre et décembre 1820 [1821]. 3 éd. Paris: Béchet Jeune, 1826. P. 24.

[48] Этьен Жан Жорже, в 1816 г. поступивший на службу в Сальпетриер под начало Эскироля, 8 февраля 1820 г. защитил «Диссертацию о причинах, вызывающих безумие», и в том же году опубликовал труд, легший в основу его репутации — «О безумии. Рассуждения об этой болезни...» (*Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie...). В 1821 г. Жорже вместе с Леоном Ростаном подверг экспериментальным сеансам гипноза двух пациенток — нскую Петрониллу и Манури, вдову Бруйар, по прозвищу Гульфик (см. выше, с. 168, примеч. 20).

[49] «Петронилла [...] просила Жорже поместить ее в воду, когда у нее будет менструация» (*Burdin C. & Dubois F., dit Dubois d'Amiens.* Histoire académique du magnétisme animal. Paris: Baillière, 1841. P. 262).

[50] «Предписания Петрониллы не были выполнены точно; Петронилла сказала, что ее надо было погрузить именно в Уркский канал, ибо, упав именно в этот канал, она оказалась поражена своей болезнью, *similia similibus*; вероятно, на этом история о ней заканчивается» (*Burdin C. & Dubois F., dit Dubois d'Amiens.* Histoire académique du magnétisme animal. Paris: Baillière, 1841. P. 262—263).

[51] Джеймс Брейд (1795—1860), шотландский хирург, увлекшийся магнетизмом под впечатлением от сеансов «месмеризма», публично проведенных в ноябре 1841 г. в Манчестере учеником маркиза де Пюисегюра Шарлем Лафонтеном, популяризировал эту практи-

ку под названием «гипнотизма». Ср.: *Braid J.* Neurhypnology, or the Rationale of Nervous Sleep Considered in relation with Animal Magnetism. Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Diseases. Londres: John Churchill, 1843 (trad. fr.: *Braid J.* Neurhypnologie, ou Traité du sommeil nerveux considéré dans ses rapports avec le magnétisme animal, et relatant de nombreux succès dans ses applications au traitement des maladies / Trad. G. Simon, préface de E. Brown-Séquard. Paris: A. Delahaye, 1883).

[52] См. ниже, примеч. 55.

[53] Растущее влияние магнетизма в эпоху Реставрации воспринималось как угроза институциональной медицине. Эти опасения выразились в организации официальных комиссий: первая из них была учреждена 28 февраля 1826 г., начала работать в январе 1827 г., а 28 июня 1831 г. вынесла свои заключения, которые были сочтены слишком благорасположенными и под этим предлогом остались неопубликованными Академией медицины. Вторую, «неблагожелательную», комиссию созвали 5 сентября 1837 г., и 15 июня 1842 г. магнетизму был вынесен смертный приговор, закрепленный решением Академии более не возвращаться к этому вопросу. Ср.: *Peisse L.* Des sciences occultes au XIX siècle. Le magnétisme animal // Revue de deux mondes. T. I. Mars 1842. P. 693—723.

[54] Если месмеризм брался «доказать, что, подобно тому как небесные тела действуют на Землю, такого рода динамическому действию подвержены и тела человеческие» (*Mesmer A.* Dissertatio physico-medica de planetarum influxu. Vindobonae: Typis Dhelenianis [s. d.]; Vienne: Chelem, 1766. P. 32) и что задача магнетиста заключается в том, чтобы направить это действие на больного, то Джеймс Брейд говорил о субъективном действии, основанном на физиологии мозга (ср.: *Braid J.* The Power of the Mind over the Body: An Experimental Enquiry into the Nature and Cause of the Phenomena Attributed by Baron Reichenbach and Others to a New Imponderable. Londres: John Churchill, 1846). Это объясняло его признание со стороны врачей, в частности д-ра Эдгара Берийона: «Брейду принадлежит заслуга окончательного перевода изучения искусственного сна в научную сферу» и «объединения совокупности этих исследований общим наименованием гипнотизма» (*Bérillon E.* Histoire de l'hypnotisme expérimental. Paris: Delahaye, 1902. P. 5).

[55] М. Фуко имеет в виду операцию над сорокалетней женщиной, проведенную 4 декабря 1859 г. в больнице Неккер Полем Брока́, — которого познакомил с работами Брейда хирург из Бордо Поль Азам, — и Э. Ф. Фолленом. Это вмешательство стало предметом доклада в Академии наук, представленного А. А. Л. М. Вельпо 7 декабря

1859 г. под названием: «Сообщение о новом методе обезболивания» (*Velpeau A. A. L. M.* Note sur une nouvelle méthode anesthésique // Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences. T. 49. Paris: Mallet-Buchelier, 1859. P. 902—911).

[56] Жозеф Пьер Дюран, называемый Дюран де Гро (1826—1900), познакомившийся с брейдизмом в Англии, а затем переехавший в США, по возвращении во Францию опубликовал там под именем Джозефа Филипса кн.: *Philips J.* [1] Électrodynamisme vital, ou les Relations physiologiques de l'esprit et de la matière, démontrées par des expériences entièrement nouvelles. Paris: Baillière, 1860; [2] Cours théorique et pratique de braidisme, ou Hypnotisme nerveux considéré dans ses rapports avec la psychologie, la physiologie, et la pathologie, et dans ses applications a la médecine, a la chirurgie, a la physiologie expérimentale, a la médecine légale et a l'éducation. Paris: Baillière, 1860.

[57] Дюран де Гро определял «гипотаксическое состояние» как «предварительное изменение жизненной функции, которое чаще всего остается латентным и единственное следствие которого заключается в подготовке организма к восприятию особого рода определяющего воздействия, оказываемого затем» (*Philips J.* Cours théorique et pratique de braidisme... P. 29).

[58] *Philips J.* Cours théorique et pratique de braidisme... P. 112.

[59] Ibid. P. 112. Хорея — нервное расстройство, при котором отмечаются обильные и беспорядочные непроизвольные движения, подобные жестикуляции.

[60] Ibid. P. 87: «Брейдизм — это техника, с помощью которой в человеке вызывают определенные физиологические изменения, призванные осуществить те или иные указания по медицинскому или хирургическому лечению или облегчить экспериментальные исследования биологического характера».

[61] В 1850—1860 гг. по инициативе Гийома Бенжамена Амана Дюшена, называемого Дюшен де Булонь (1806—1875), нозология функциональных нарушений двигательной функции была пересмотрена и дополнена двумя новыми группами заболеваний. Во-первых, в нее вошли «прогрессирующая мышечная атрофия», описанная в 1849 г., и «мышечные атрофии миопатического происхождения», описанные в 1853 г. (см.: *Duchenne G. B. A.* La paralysie atrophique de l'enfance. Paris, 1855). А во-вторых, «прогрессирующая двигательная атрофия», ранее известная под названием *tabes dorsalis* (см.: *Duchenne G. B. A.* De l'ataxie locomotrice progressive. Recherches sur une maladie caractérisée spécialement par des troubles généraux de coordination des movements // Archives générales de médecine. V série. T. 12. Décembre 1858. P. 641—652; T. 13. Janvier 1859. P. 5—23; février 1859. P. 158—164; avril 1859.

P. 417—432). Наконец, в 1860 г. Дюшен де Булонь описал «Язычно-губно-гортанный паралич» (Archives générales de médecine. V série. T. 16. 1860. P. 283—296, 431—445). О Дюшене де Булоне см.: *Guilly P.* Duchenne de Boulogne. Paris: Baillière, 1936. О формировании неврологического поля см.: [a] *Riese W.* A History of Neurology. New York: MD Publications, 1959; [b] *Garrison F. H.* History of Neurology / Éd. rev. et aug. par Lawrence McHenry. Springfield. Ill.: C. C. Thomas, 1969.

Лекция от 6 февраля 1974 г.

Возникновение неврологического тела: Брока́ и Дюшен де Булонь. — Болезни, подлежащие дифференциальной либо абсолютной диагностике. — Модель «общего паралича» и неврозов. — Война с истерией: I. Организация симптоматологического «сценария». — II. Тактика «функционального манекена» и гипноз. Вопрос о симуляции. — III. Невроз и травма. Вторжение сексуального тела.

На предыдущем занятии я попытался показать вам, что одним из важнейших событий в истории укрепления психиатрической власти было появление того, что я назвал «неврологическим телом».* Что же следует понимать под «неврологическим телом»? С этого вопроса я хотел бы начать сегодняшнюю лекцию.

Разумеется, неврологическое тело — это по-прежнему тело патологоанатомической локализации. Противопоставлять неврологическое тело патологоанатомическому нет оснований; второе составляет часть первого, оно, если угодно, — его производное или расширение. Как нельзя лучше свидетельствуют об этом слова Шарко, который в одной из своих лекций в 1879 году заявил, что в формировании, развитии и даже, как он считает, в окончательном уточнении неврологии выразился триумф «духа локализации».[1] Но важно здесь, как мне кажется, то, что неврология потребовала иных процедур уточнения анатомической локализации и клинического наблюдения нежели те, которые

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Итак, между 1850 и 1870 годами возникает новое тело».

использовались в обычной медицине. Неврология, неврологическая клиника подразумевают совершенно особое положение тела в поле медицинской практики. Тело-больной и тело-врач соотносятся в неврологии и общей медицине совершенно поразному. Именно введение этого нового соотношения, нового диспозитива кажется мне очень важным, и поэтому я хотел бы попытаться вкратце охарактеризовать новый диспозитив, обусловленный формированием невропатологии, или клинической неврологической медицины.*

Что такое этот диспозитив, в чем он заключается? Каким образом осуществляется в неврологической клинике поимка больного тела? По-моему, она осуществляется совершенно иначе, нежели в патологической анатомии эпохи ее сложения, между Бишá[2] и Лаэннеком,[3] если угодно. Приведу вам пример, принадлежащий даже не самому Шарко: это текст из архивов Шарко в Сальпетриере, написанный, по всей вероятности, одним из его учеников, неизвестно, правда, кем именно. Речь идет о наблюдении больной, и вот как описывается эта больная: ее симптом очень прост, это опущение левого века, так называемый *птозис*. Затем автор излагает для Шарко, чтобы тот затем прочел об этом случае лекцию, следующие замечания — я не стану приводить описание всего лица и ограничусь коротким фрагментом:

«Когда ее просят открыть глаза, она нормально справляется с правым веком, тогда как ее левое веко почти не движется, так же как и левая бровь, в результате чего наблюдается выраженная надбровная асимметрия. Во время этого движения [...] кожа лба с правой стороны покрывается поперечными морщинами, а слева остается почти гладкой. В состоянии покоя морщин нет ни справа, ни слева [...]

Следует указать еще на две особенности: в восьми миллиметрах над левой бровью и приблизительно в двух сантиметрах слева от средней линии лба у больной имеется ямочка, хорошо заметная при определенном освещении, а в этой ямочке — маленькая выпуклость, вызванная, судя по всему, сокращением

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «Речь пойдет о теле, поверхность которого является носителем пластических значений».

надбровной мышцы. Эти приметы бросаются в глаза по сравнению с нормальным строением правой стороны лба».[4]

Описание подобного типа резко отличается от характерного для патологоанатомической практики, для патологоанатомического взгляда.[5] В определенном смысле это возврат к некому поверхностному, почти импрессионистскому взгляду, который был свойствен уже медицине XVIII века, эпохи, когда цвет лица и тела больного, румянец его щек, цвет глаз и т. д. играли важную роль в клинической диагностике.[6] Патологическая анатомия — те самые Бишá, Лаэннек — в значительной степени отказались от этого импрессионистского описания поверхности и обозначили ряд, очень в конечном счете ограниченный ряд знаков, комплекс поверхностных признаков, выражавших, согласно четко определенному клиническому кодексу, некую сущность — собственно заболевание, которое затем, с помощью хирургической операции или, чаще, вскрытия, описывалось патологоанатомом в таких же, а то и в более мелких подробностях, чем те, что перечисляются в приведенном тексте. Иначе говоря, патологическая анатомия заложила в основание сколь угодно подробного описания внутренние, пораженные органы, тогда как поверхность прочитывалась ею исключительно через решетку простых и немногочисленных знаков.

Теперь же в медицинские дискурс и знание с триумфом возвращаются поверхностные значения. Именно поверхность нужно обследовать тщательнейшим образом, вплоть до мельчайших выступов и углублений, причем практически одним зрением, только глядя на нее. Важным здесь, и куда более важным, чем клиническая реабилитация квазиимпрессионистских поверхностных значений, ключевым в этой новой клинической поимке неврологического больного и в коррелятивном ей формировании неврологического тела в ответ этому взгляду, этому диспозитиву, является то, чего неврологическое обследование доискивалось прежде всего, — «ответы». Вот что я имею в виду: в патологической анатомии Бишá и Лаэннека знаки могли быть отмечены сразу, с первого взгляда, а могли быть выявлены с помощью стимуляции: тело больного простукивали, прослушивали и т. д. Классическая патологическая анатомия обращалась, в сущности, к системе «стимуляция-эффект»: пациенту простукивали грудь, слушали шумы,[7] просили его покашлять и оце-

нивали кашель по звуку, пальпировали тело в поисках участков жара. Итак, стимуляция-эффект.

В рамках же неврологического обследования, каким оно складывается в середине XIX века, сущностью знака, тем, что делает знак знаком, оказывается не столько его следование из некого более или менее механического действия, подобно тому как в классической патологической анатомии шум следовал из простукивания, сколько его следование из ответа. И эта замена схемы «стимул-эффект» на схему «стимул-ответ», возведение целого здания стимулов-ответов, как мне кажется, исключительно важна.

Свидетельств об этом процессе множество. На сугубо элементарном уровне таково было, собственно, основополагающее открытие невропатологии — открытие Дюшена де Булоня, который, исследуя то, что он называл «местной фарадизацией», сумел получить отдельный мышечный ответ или, точнее, ответ одной мышцы на электризацию кожи двумя электродами; путем увлажнения участка кожи ему удалось ограничить действие электризации и добиться отдельного ответа одной мышцы. И это открытие имело решающее значение.[8] За ним последовали исследования рефлексов, а затем и изучение сложных реакций, подразумевающих либо содействие различных автоматизмов, либо предварительное обучение; так возникли две обширные области, в которых неврологический подход к телу и его диспозитивы обрели свое место. Среди важнейших таких исследований следует назвать труд Брока́ об афазии,[9] а также труды самого Дюшена де Булоня о ходьбе и табетиках.[10]

Если взять второй пример, то Дюшен описывает ходьбу табетиков именно в терминах стимула-ответа или, точнее, в терминах поведения и поведенческой цепи применительно к отдельным стадиям, составляющим процесс ходьбы. Дюшену требовалось провести различие между потерей равновесия, отмечаемой у табетиков, то есть на определенной стадии и при определенной форме общего паралича, и головокружением при отравлении этилом или при некоторых церебральных расстройствах. В 1864 году в программной статье медик дал дифференциальное определение ходьбы табетиков и ходьбы при головокружении.[11] Если в случае последнего больной сам совершает протяженные колебания, то при табесе налицо «краткие», «внезапные» колебания, и больной, как говорит Дюшен де Булонь, ведет себя как «канатоходец», уронивший балансир, ступая медленно, осторожно и пытаясь восстановить равновесие.[12] При головокружении не отмечается мышечных сокращений, но, наоборот, имеет место общее ослабление мускулатуры и тонуса, тогда как табетик всегда стремится вернуться в норму, и если посмотреть, что происходит с его икрами и голенями, то выяснится, что перед тем, как он потеряет равновесие, перед тем, как он поймет, что потерял равновесие, через мышцы его ног проходят, проскакивают мелкие, краткие сокращения, которые постепенно усиливаются и в какой-то момент, как раз когда больной осознает, что потерял равновесие, становятся произвольными.[13] Приступ головокружения развивается совершенно по-другому. Больной шатается, не может идти от точки к точке по прямой линии, тогда как табетик уверенно идет по прямой, просто его тело колеблется вокруг нее.[14] И наконец, при опьянении имеет место внутреннее ощущение головокружения, в то время как табетик чувствует, что равновесие потеряно не всем его телом, что его не охватила какая-то общая дискоординация, но что его не слушаются только ноги, и утрата равновесия в некотором смысле локальна.[15] Таковы основные темы анализа ходьбы табетика, предпринятого Дюшеном де Булонем.

Как вы понимаете, в подобном анализе — и это можно сказать также об анализах афазии у Брока́, относящихся к тем же 1859—1865 годам, — наряду с системой знаков, причем уже не знаков-эффектов, выявляющих наличие расстройств в данной точке, а знаков-ответов, обнаруживающих дисфункцию, ищется и нечто другое. Конечно же, в нем ищется возможность выделить и проанализировать то, что неврологи называли и до сих пор называют синергиями, — корреляции между отдельными мышцами. Какие именно мышцы должны содействовать, чтобы вызвать тот или иной ответ? Что происходит, если одна из них выходит из строя? Итак, изучение синергий.

Кроме того, Дюшен де Булонь ищет возможность расположить исследуемые феномены на одной оси, а именно на оси произвольного и автоматического, — и это, как мне кажется, очень важный момент. Иными словами, исходя из этого анализа поведений, или ответов на различные стимуляции, есть надежда выяснить, каково функциональное различие, различие невроло-

гического и мышечного механизмов, между простым рефлекторным поведением, автоматическим поведением и, наконец, произвольным поведением, которое может быть и спонтанным или которое может повиноваться посторонним приказам. Эта иерархия телесного совершения произвольных и непроизвольных, автоматических и спонтанных действий, вызываемых неким приказом или спонтанно развивающихся на внутреннем уровне, позволяет — и в этом ее ключевое значение — анализировать в клинических терминах, применительно к телу, всю интенциональную деятельность индивида.

Таким образом, появляется возможность рассматривать образ действий человека, его сознание, волю, проявляемую им в рамках своего тела. Невропатология выявляет волю в телесном выражении, эффекты или ступени воли, прочитываемые в самой организации ответов на стимулы. Вы, конечно, помните работы Брока́ о различных уровнях поведения афазиков — о нутряных урчаниях, об автоматически произносимых ругательствах, о спонтанно выдаваемых ими в определенных ситуациях фразах, о фразах, повторяемых в определенном порядке и в ответ на определенные требования.[16] Все эти клинические различия действий на различных ступенях поведения позволяют проводить клинический анализ индивида на уровне самих его интенций, на уровне пресловутой воли, которая, как я попытался показать вам ранее, выступала в рамках психиатрической власти важнейшим коррелятом дисциплины. Для дисциплинарной власти воля была собственно тем, на что эта власть должна действовать, к чему она должна прилагаться; именно воля была адресатом дисциплинарной власти, но единственный по большому счету подступ к ней давала система поощрений и наказаний. И вот наконец невропатология предоставила клиническое орудие, которое, как считалось, могло открыть врачу индивида на уровне его воли.

Теперь изменим точку зрения и внесем некоторое уточнение. Можно сказать, что на первый взгляд в рамках неврологического обследования власть врача по сравнению с классической патологической анатомией уменьшается. В патологической анатомии, у Лаэннека, Биша́ и других, от индивида требовали, в общем, совсем немногого: его просили лечь, согнуть ногу, покашлять, глубоко вдохнуть и т. д.; требования со стороны врача,

зависимость врача от воли больного были минимальными. Напротив, в невропатологии врач должен считаться с волей больного, ему необходимо по меньшей мере содействие, понимание с его стороны; он не может просто сказать больному: «Лягте! Покашляйте!», — но вынужден просить о большем: «Походите! Вытяните ногу! Вытяните руку! Говорите! Прочтите это предложение! Попытайтесь написать что-нибудь!» и т. д. Короче говоря, техника неврологического обследования основывается на приказаниях и требованиях. А приказания и требования по необходимости затрагивают волю больного, именно она является их центральной целью, и поэтому в сердцевине неврологического диспозитива оказывается авторитет врача. Врач требует, стремится навязать свою волю, а больной всегда может притвориться, что не может чего-либо, и не повиноваться. Таким образом, врач попадает в зависимость от воли больного. Но то, о чем я говорил вам только что, клиническая возможность выявлять произвольные и непроизвольные, автоматические и спонтанные действия, возможность клинической дешифровки уровней воли к тем или иным действиям, позволяет врачу, который тем самым компенсирует потерю власти из-за необходимости многого требовать, оценивать верность ответа больного, качество, природу его ответов и даже степень плутовства со стороны его воли. Так, неврологи после Брока́ без труда распознают намеренное молчание в духе афазии анартрического типа: у анартриков неспособность к речи всегда сопровождается целым рядом внутренних шумов, автоматизмов при попытках говорить, а также соответствующими двигательными расстройствами, ухудшением мимики и письма и т. д.[17] Просто же отказывающийся говорить, например молчащий истерик, уверенно жестикулирует, пишет, не страдает всеми этими характерными для анартрии дополнительными расстройствами.

Итак, врач, как вы видите, получает подступ к индивиду на уровне его реального поведения, а точнее — на уровне клинического наблюдения его поведения и вместе с тем его воли; поэтому, хотя необходимость требовать, свойственная неврологическому обследованию, до некоторой степени подчиняет его воле больного, клиническое наблюдение, клиническая дешифровка, которой теперь владеет врач, напротив, позволяет ему перехитрить больного, застигнуть его врасплох.

Кратко суммируя, нужно сказать, что формируется новый медицинский клинический диспозитив, отличный по своим природе, механике и эффектам как от клинического диспозитива Бишá—Лаэннека, так и от психиатрического диспозитива. В органической медицине требования к больному были минимальными: «Лягте! Покашляйте!» и т. д., и все остальное зависело, всецело зависело от осмотра врача, основанного на игре стимуляций и эффектов. В психиатрии, как я уже говорил, важнейшим орудием овладения индивидом был опрос, который заменял собою техники обследования, принятые в органической медицине. Опрос этот, разумеется, зависел от воли индивида, и ответы последнего служили для психиатра не свидетельствами истины и не возможностью дифференциальной дешифровки болезни, но просто-напросто испытанием реальности; опрос отвечал на вопрос: «Безумен ли индивид?»

Неврология же — это не обследование в патологоанатомическом смысле, но и не опрос; это новый диспозитив, заменяющий опрос требованиями и стремящийся получить на эти требования ответы, причем не словесные ответы индивида, как в психиатрии, но ответы его тела; ответы, клинически дешифруемые на уровне тела, которые поэтому, не боясь стать жертвой обмана со стороны больного, можно подвергнуть дифференциальному исследованию. Между тем, кто просто не хочет говорить, и афазиком теперь есть возможность провести различие; эти типы поведения, с которыми до сих пор не знали что делать и в итоге описывали их в терминах абсолютного диагноза, теперь можно подвергнуть дифференциальной диагностике. В выпытывании реальности больше нет необходимости: неврологическая клиника позволяет, по крайней мере для части душевных болезней, выносить дифференциальный диагноз, подобно тому как это практикуется в органической медицине, только посредством совершенно иного диспозитива. В общем и целом невролог говорит: повинуйся моим требованиям, но молчи, и твое тело ответит за тебя, сказав то, что только я, поскольку я врач, смогу расшифровать и проанализировать в терминах истины.

«Выполняй мои требования, молчи, и твое тело ответит»: вполне естественно, что реакцией на такое предложение станет истерический припадок. Именно в такого рода диспозитив

вторгнется истерия. Причем я не говорю, что она возникнет; связанную с истерией проблему не следует, как мне кажется, ставить в терминах ее исторического существования. Я имею в виду, что появление истерии в медицинском поле, возможность представить ее как болезнь, медицинская работа с ней — все это смогло состояться лишь после того, как сформировался новый клинический диспозитив, по своему происхождению не психиатрический, а неврологический, лишь после того как была расставлена эта новая ловушка.

«Слушайся меня, молчи, пусть говорит твое тело». — Так вы хотите, чтобы говорило мое тело? Что ж, оно заговорит, и уверяю вас, что в ответах, которые оно даст, истины будет куда больше, чем вы можете себе вообразить. Не то чтобы мое тело знало больше вас, но в ваших требованиях есть нечто такое, чего вы сами в них не вкладываете, но что я отчетливо слышу, и на эту безмолвную просьбу мое тело откликнется.* И это следствие ваших неявных требований вы как раз и назовете затем «чистейшей воды истерией». Так можно представить слова истерика на пути к ловушке, которую я только что описал.

Как же случилось, что эта ловушка оказалась расставлена, что этот новый диспозитив вступил в действие?

Здесь следует сказать, что ранее, до возникновения неврологии и свойственного ей клинического диспозитива, существовали две обширные области заболеваний: душевные болезни и прочие, обычные болезни. Не думаю, что дело ограничивалось их противопоставлением так, словно с одной стороны были болезни тела, а с другой — болезни души. Это не совсем точно, и прежде всего потому, что в период с 1820-х до 1870—1880-х годов многие психиатры считали болезни души теми же телесными болезнями, только включающими психические симптомы или синдромы. Кроме того, в эту эпоху почти безоговорочно признавалось, что так называемые конвульсивные болезни — между эпилепсией и прочими такого рода заболеваниями не проводилось четкого медицинского, клинического

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Я услышу то, чего вы даже не говорите, и послушаюсь этого, дав вам симптомы, которые вам придется признать истинными, поскольку, хотя вы этого и не знаете, они отвечают вашим невысказанным требованиям».

различия[18] — это также болезни души. Поэтому я не думаю, что оппозицию тело/дух, органические болезни/психические болезни, следует рассматривать как различение, принятое в медицине 1820—1880-х годов, вне зависимости от шедших тогда теоретических дискуссий, или даже наоборот, исходя из теоретических дискуссий об органическом фоне болезней.[19] Единственным же действительным различием было тогда, по-моему, то различие, о котором я говорил в прошлой лекции. Существовали болезни, подвластные описанию в терминах дифференциальной диагностики, — и это были правильные, основательные болезни, ими занимались настоящие, серьезные медики, — и существовали другие болезни, с которыми эта диагностика не справлялась и распознать которые можно было лишь с помощью выпытывания реальности. Это были так называемые душевные болезни, и судили о них исключительно в бинарных терминах: «он действительно безумен», либо «он не безумен».

На мой взгляд, медицинская практика и знание первых двух третей XIX века пользовались именно таким различением — между болезнями, подвластными дифференциальной диагностике, и болезнями, допускающими только абсолютный диагноз. Между двумя этими категориями существовали, разумеется, промежуточные сферы, и среди них следует отметить две основные. Во-первых, между ними располагался удачный посредник, хорошая болезнь — это был, конечно же, общий паралич, болезнь, правильная эпистемологически и, как следствие, на духовном уровне, поскольку она включала и психологические синдромы: бред, согласно Бейлю,[20] деменцию, согласно Байарже,[21] и моторные синдромы: дрожание языка, прогрессирующий паралич мускулатуры и т. д. Имелось два синдрома, и оба они отсылали в терминах патологической анатомии к поражению головного мозга. Таким образом, это была правильная болезнь, промежуточная между болезнями, требующими выпытывания реальности, так называемыми душевными, и болезнями, подотчетными дифференциальной диагностике и патологической анатомии.[22] Совершенно правильная болезнь, тем более правильная, тем более полная, тем более удовлетворяющая всем этим критериям, что еще не было известно о сифилитическом происхождении общего паралича.[23] Он имел все

эпистемологические преимущества и не имел никаких душевных несоответствий.

Во-вторых, в той же промежуточной области между дифференциально и абсолютно диагностируемыми болезнями располагались заболевания иного рода, неправильные и сбивающие с толку, которые называли в то время «неврозами».[24] Что означало слово «невроз» в 1840-е годы? Оно охватывало болезни, включающие моторные или сенсорные элементы, «расстройства функций связи», как тогда говорили, однако лишенные патологоанатомических поражений, которые позволяли бы определить их этиологию. В число этих болезней с «расстройствами функций связи», но без явных анатомических коррелятов, входили, естественно, конвульсии, эпилепсия, истерия, ипохондрия и т. д.

И болезни эти были неправильными сразу по двум причинам. Прежде всего в эпистемологическом смысле, так как подразумевали некую путаницу, нерегулярность симптомов. Например, конвульсии не удавалось разделить на различные типы, поскольку невропатологический диспозитив не позволял с точностью анализировать типы поведения. Врач говорил просто: «Это конвульсия», — не имея возможности провести строгую телесную дешифровку, о которой я говорил только что, и тем самым попадал в «область» путаницы и нерегулярности. В первом номере «Медико-психологических анналов», вышедшем в 1843 году, составители сетовали: нужно заниматься безумием и нужно заниматься неврозами, но как же это трудно: «ведь эти заболевания столь неуловимы, многообразны, изменчивы, необычны, столь сложны для анализа и постижения; их не желают наблюдать, их избегают, подобно тому как память не желает возвращаться к назойливым воспоминаниям».[25]

Но в равной степени неврозы были неправильными и в душевном смысле — из-за крайней простоты, с которой их можно симулировать, и кроме того из-за непременной сексуальной составляющей поведения больных. Так, Жюль Фальре в статье, которая воспроизводится и в его итоговых «Клинических исследованиях» (1890), писал: «Жизнь истеричек представляет собой непрерывный обман. Они принимают жалобный и покорный вид, им удается казаться святыми, тогда как втайне они предаются самым постыдным занятиям и, будучи наедине со своими

супругами и детьми, устраивают им жестокие сцены, сквернословят и говорят самые непристойные вещи».[26]

Возникновение неврологического тела или, точнее, системы, образованной неврологическим аппаратом клинической поимки и коррелятивным ему неврологическим телом, как раз и позволило снять дисквалификацию, эту двойную, эпистемологическую и душевную, дисквалификацию неврозов, имевшую место до 1870-х годов. Ее удалось устранить, наконец включив эти так называемые «неврозы», болезни с сенсорными и моторными элементами, не в область собственно неврологических заболеваний, но в некую смежную с ними сферу, объединив те и другие не столько по их причинам, сколько по форме. Иными словами, благодаря клиническому диспозитиву неврологии такие неврологические болезни, как, например, расстройства, связанные с опухолями мозга, а с другой стороны, конвульсии, истерическую дрожь и т. д. стало возможным разделить скальпелем дифференциальной диагностики. Та самая злополучная дифференциальная диагностика, неприменимая к безумию, не способная реально охватить душевные болезни и провести границу между обычной болезнью и безумием, поскольку последнее подлежит главным образом и по самой сути своей диагностике абсолютной, отныне силами аппарата, который я попытался описать, стала различать неврологические расстройства с отчетливыми анатомическими элементами и так называемые неврозы. С помощью нового орудия неврологического анализа, неврологической клиники, неврозы, которые в душевном и эпистемологическом смыслах составляли крайнюю, пограничную категорию умственных болезней, в мгновение ока вплотную приблизились к настоящим, серьезным болезням. К ним начали применять дифференциальную диагностику, и состоялось патологическое признание зоны неврозов, ранее подвергавшейся дисквалификации.

В книге — впрочем, не слишком удачной, — которую современный невролог Гиллен посвятил своему предшественнику Шарко, с некой беззаботной радостью провозглашается: «Шарко удалось-таки вырвать истерию из рук психиатров». Иначе говоря, он ввел ее в область медицины, которой только и подобает высокое звание этой высокой науки, — в медицину дифференциальной диагностики.[27] Мне кажется, что и Фрейд имел

в виду то же самое, когда, сравнивая Шарко и Пинеля, говорил: Пинель освободил безумцев от оков, добившись их признания больными, а Шарко в свою очередь заставил считать больными истеричек — патологизировал их.[28]

*

Если рассматривать деятельность Шарко в таком контексте, то, мне кажется, можно понять, каким образом разворачивалось... как, в конечном счете, было построено то, что я бы назвал «большими истерическими маневрами» в Сальпетриере. Я попытаюсь проанализировать их не с точки зрения истории истериков или психиатрических познаний об истериках, но именно как битву — с моментами столкновения, с взаимными окружениями, с использованием обеими сторонами симметричных ловушек, с осадами и контрнаступлениями, с борьбой между врачами и истериками за контроль над развитием событий.* Я бы не сказал, что имела место эпидемия истерии; мне кажется, истерия была совокупностью феноменов, феноменов борьбы, которые разворачивались в лечебнице, но и за ее пределами, вокруг нового медицинского диспозитива — неврологической клиники; вихрь этого сражения и собрал вокруг истерических симптомов людей, которые оказались вовлечены в связанную с ними историю. Скорее, чем об эпидемии, следует говорить как раз о вихре, о некой воздушной воронке, устремленной в глубь психиатрии с ее дисциплинарной системой. Так как же развивались события? Думаю, что в этой войне между неврологией и истерией можно выделить ряд маневров.

Первый маневр можно было бы назвать организацией симптоматологического сценария. Схематически ее можно представить следующим образом: чтобы поместить истерию на одной плоскости с органическими болезнями, чтобы она стала настоящей болезнью, подлежащей дифференциальной диагностике, то есть чтобы врач стал настоящим врачом, от истерички нужно добиться стабильной симптоматики. Таким образом, признание

* В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «а также с бессловесными соглашениями и перемириями».

невролога, в отличие от психиатра, врачом с необходимостью подразумевает выдвигаемое больной исподволь — подобно тому, как это делалось в психиатрии, — требование: «Дай мне симптомы, причем стабильные, строго установленные, правильные симптомы», — и эта правильность, стабильность симптомов требуется сразу в двух формах. Прежде всего они должны быть постоянными, всегда, при каждом неврологическом обследовании, наличествующими у больной: простимся с болезнями, которые появляются и исчезают, давая в качестве симптомов лишь время от времени проскакивающий жест или повторяющиеся припадки; мы хотим стабильных симптомов, которые сможем обнаружить всегда, когда это потребуется. В ответ на этот запрос определяется то, что Шарко и его последователи окрестили «стигматами» истерии. «Стигматы» — это феномены, отмечаемые у любой истерички, даже если она не в припадке:[29] сужение поля зрения,[30] одно- или двусторонняя гемианестезия,[31] глоточная анестезия, дугообразные контрактуры.[32] Впрочем, Шарко предупреждает: эти стигматы характерны для истерии, постоянны при истерии, но вопреки их постоянству надо признать, что весьма часто они наличествуют не все, а в редких случаях не бывает и ни одного из них.[33] Но так или иначе эпистемологический запрос был налицо, требование выдвигалось, и далее я покажу вам, что все эти пресловутые стигматы служили ответами на команды — пошевелиться, почувствовать трение или прикосновение к телу.

И кроме того, сами припадки должны быть упорядоченными и регулярными, то есть развиваться по некому типичному сценарию, достаточно близкому к той или иной существующей болезни, реальной неврологической болезни, чтобы можно было провести границу дифференциального диагноза, и вместе с тем отличными, чтобы этот диагноз состоялся. Этим объясняется кодификация истерического припадка по модели эпилепсии.[34] В итоге обширная область, которую до Шарко именовали «истероэпилепсией», «конвульсиями», распадается надвое.[35] Отныне есть две болезни: одна, включающая элементы эпилептического припадка, — тоническую, клоническую фазы и период ступора, и другая, также с тонической и клонической фазами, но и с рядом элементов, свойственных именно истерии, — среди них фаза алогичных, или беспорядочных, движений; фаза

страстных поз, то есть выразительных, красноречивых жестов, которую называли также «пластической», поскольку истеричка воспроизводила и выражала определенные эмоции, например похоть, ужас и т. д.; и наконец, впрочем, на сей раз известная и в эпилепсии, фаза бреда. Таковы две классические таблицы, отличающие истерию и эпилепсию.[36]

В рамках этого маневра ведется, как вы наверняка заметили, двойная игра. С одной стороны, отыскивая эти якобы постоянные истерические стигматы и регулярные припадки, врач тем самым изглаживает свой собственный стигмат, то, что на самом деле он — просто психиатр и вынужден постоянно, при каждом своем действии возвращаться к опросу: «Ты безумна? Так покажи мне свое безумие! Обнаружь его!» Добиваясь от истерички стигматов и регулярных припадков, врач просит у нее дать ему самому возможность осуществить сущностно медицинский акт — дифференциальную диагностику. Но в то же время истеричка — на сей раз именно она одерживает верх, потому-то и положителен ее ответ на эту просьбу психиатра, — ускользает тем самым от медицинской экстерриториальности или просто-напросто выходит за территорию лечебницы. Ведь стоит ей действительно обнаружить симптомы, которые своими постоянством и регулярностью позволяют неврологу поставить дифференциальный диагноз, как она перестает быть безумцем в лечебнице; она приобретает право на пребывание в больнице, заслуживающей свое имя, в больнице, которую уже нет оснований считать каким-то приютом. Благодаря постоянству и регулярности своих симптомов истеричка получает право быть не безумной, но больной.

Однако на чем основывается это ее право? Оно основывается на зависимости, в которую попадает от нее врач. Ибо если бы истеричка отказалась обнаружить симптомы, то врач в свою очередь не смог бы стать по отношению к ней неврологом; ему пришлось бы ограничиться статусом психиатра и вынести абсолютный диагноз, ответить на не допускающий нюансов вопрос: «Безумен индивид или нет?» Неврологическая функция врача зависит от истерички, которая предоставляет ему правильные симптомы, и поэтому то, что приобретает психиатр, не только обеспечивает ему статус невролога, но и дает преимущество над ним больной, ибо, обнаруживая свои симптомы, больная стано-

вится выше врача, как раз поскольку признает его врачом, а не просто психиатром.

Понятно, что к этому властному дополнению, которое получает истеричка, когда от нее требуют правильных симптомов, и устремляется весь его интерес. Понятно также, почему она всегда, не колеблясь, дает куда больше, чем у нее просят, — ведь чем больше она обнаружит симптомов, тем больше будет ее утверждаемая тем самым сверхвласть над врачом. О том, что истерички демонстрировали симптомы в избытке, свидетельствует хотя бы тот факт, что одна из пациенток Шарко, находившаяся в Сальпетриере тридцать четыре года, — и это лишь один из многих примеров, — на протяжении пятнадцати лет обнаруживала один и тот же стигмат: «почти полную левостороннюю потерю чувствительности».[37] Стабильность симптомов налицо, но не разочаровывала и их частота: другая больная за тринадцать дней перенесла 4506 припадков и, мало того, через несколько месяцев достигла показателя в 17 083 припадка за две недели.[38]

Второй маневр я бы определил как маневр «функционального манекена».[39] Он последовал за предыдущим, после того как врач, попав в описанную выше ситуацию переизбытка симптомов, от которых зависели его статус и власть, оказался одновременно в выигрыше и в растерянности. В самом деле, этот град симптомов, эти 17 083 припадка за две недели не могли не превысить возможности контроля с его стороны; его скромный аппарат неврологической клиники не мог совладать с такими цифрами. Врачу понадобилось пусть не средство контроля над этим натиском истерической симптоматики, но хотя бы орудие, которое позволяло бы вызывать именно проявления истерии, только проявления истерии, не распыляясь на эти тысячи припадков за несколько дней, — это немного напоминает стремление Дюшена де Булоня понять, «как ограничить электрическую стимуляцию, чтобы она действовала на одну-единственную мышцу».

Вызывать симптомы в нужное время, при необходимости, всегда иметь эти патологические феномены под рукой, — чтобы достичь этой цели, чтобы в некотором роде умерить разгул симптоматики, это безудержное рвение, с которым истерички перекрывали свои достижения, были разработаны две техники.

Во-первых, техника гипноза и внушения. Пациента требовалось ввести в такое состояние, в котором он выказывал бы по команде вполне отчетливый истерический симптом — паралич той или иной мышцы, неспособность говорить, дрожь и т. д.; в котором, иными словами, он имел бы такой симптом, как нужно, когда это нужно, и никак иначе. Именно это достигалось с помощью гипноза, которым Шарко пользовался вовсе не для умножения истерических проявлений, а скорее, подобно локальной электризации Дюшена, для их ограничения и контролируемого обнаружения.[40] Но как только с помощью гипноза появляется возможность намеренно вызывать один истерический симптом в отдельности, врач оказывается перед затруднением: если я вызвал этот симптом, если я сказал загипнотизированному больному: «Ты не можешь говорить», — и он стал афазиком, то болезнь ли это? Или тело больного просто повторяет то, что ему приказывают? Таким образом, будучи полезной техникой изоляции истерических проявлений, гипноз в то же время опасен, ибо может оказаться не более чем следствием отданной команды — эффектом, а не ответом.

Поэтому врачи были вынуждены одновременно с использованием гипноза и в равной мере ввести своего рода его корреляят, гарантирующий естественность вызываемого под гипнозом феномена. Пришлось отыскать такие болезни, которые бы вне зависимости от всяких больничных обычаев и медицинской власти, от всякого, разумеется, гипноза и внушения подразумевали такие же расстройства, как и те, что обнаруживаются у стационарных пациентов по требованию, под гипнозом. Иначе говоря, понадобилась естественная, внебольничная истерия, без врача и гипноза. И Шарко нашел таких больных, способных ради оправдания гипноза в некотором смысле натурализовать эффекты гипнотического воздействия.

У него были подходящие больные, и в связи с ними я ненадолго отвлекусь на совершенно другую историю, которая очень неожиданно, и притом с важными историческими последствиями, пересеклась с историей истерии. В 1872 году Шарко приступил к руководству отделением истероэпилепсии,[41] а в 1878-м начал применять гипноз.[42] Как раз в это время участились травмы на заводах, железных дорогах, начали складываться системы помощи при несчастных случаях и болезнях.[43] Нельзя сказать,

что с этой эпохи ведет свой отсчет история трудового травматизма, но именно тогда в рамках медицинской практики возникла совершенно новая категория больных, которая, к несчастью, редко привлекает внимание историков медицины, — не способных оплатить лечение самостоятельно и никем не опекаемых. Клиенты медицины XVIII—начала XIX века в общем и целом делились на два типа: одни оплачивали помощь сами, других больницы содержали за свой счет; больные же, о которых идет речь, не относились ни к тем, ни к другим — они составили категорию застрахованных.[44] Почти одновременное возникновение на основе абсолютно разных элементов застрахованных больных и неврологического тела стало одним из важнейших этапов в истории истерии. Собственно говоря, произошло следующее: общество, стремясь получить выгоду от максимизации здоровья, выработало с конца XVIII века целый ряд техник отслеживания, учета и обеспечения болезни, а также страхования болезни и несчастных случаев.

Но как раз потому, что ради максимально выгодного использования тел обществу пришлось тщательно просчитывать, отслеживать здоровье и брать расходы по несчастным случаям и болезням на себя, как раз тогда, когда оно ввело с этой целью упомянутые техники, болезнь оказалась выгодной и для самих больных. В XVIII веке единственной выгодой, которую больной мог извлечь из своей болезни, была для него возможность подольше задержаться в больнице, и эта не столь уж существенная проблема заявляет о себе в истории тогдашних больниц постоянно. С появлением же в XIX веке строгого учета и общего обеспечения больных совместными усилиями медицины и страхования болезнь как таковая становится для ее обладателя источником выгоды, позволяет ему извлечь из этой системы некоторую пользу для себя.

Попадая в сферу общественных выгод, вплетаясь в общеэкономическую ткань, болезнь становится выгодной и сама по себе.

И тут же появляются новые больные, застрахованные больные, страдающие так называемыми посттравматическими заболеваниями: параличом, потерей чувствительности без явных анатомических причин, контрактурами, болями, судорогами и т. д. В связи с этим, опять-таки с точки зрения выгоды, возни-

кает вопрос, как отличать в их числе действительно больных, на которых должна распространяться страховка, и симулянтов.[45] Литература о последствиях несчастных случаев на железной дороге (как и о трудовых травмах, хотя последними поначалу занимались меньше, по-настоящему за них взялись только к концу столетия) огромна и отражает серьезнейшую проблему, с которой была по-своему связана и разработка неврологических техник, техник обследования, о которых я говорил.[46]

Застрахованный больной в контакте с неврологическим телом, застрахованный больной как носитель неврологического тела, доступного клиническому диспозитиву невропатологии, и оказался рядом с истеричкой тем персонажем, который был так необходим. Оставалось столкнуть их друг с другом. С одной стороны, в лице этих новых больных есть еще не госпитализированные, еще не медикализованные, не побывавшие под гипнозом, под медицинской властью люди, которые обнаруживают ряд естественных феноменов без всякой стимуляции. А с другой стороны, есть истерички, находящиеся внутри больничной системы, под медицинской властью, которым внушают посредством гипноза искусственные болезни. В такой ситуации истеричка путем ее сличения с травмированным позволяет определить, не симулирует ли последний. В самом деле, одно из двух: либо травмированный имеет те же симптомы, что и истеричка, — разумеется, я имею в виду травмированного без внешних повреждений, — и тогда можно сказать: «Его болезнь та же самая», ибо первый маневр призван был подтвердить, что истеричка больна, и теперь, как следствие, она сама может подтвердить болезнь травмированного; либо болезнь травмированного иная, его симптомы не совпадают с симптомами истерички, и тогда он оказывается за пределами патологии и может быть обвинен в симуляции.

Со стороны истерии в свою очередь это сличение приводит к следующему результату: если у человека, не находящегося под гипнозом, обнаруживаются естественные симптомы, подобные тем, которых при помощи гипноза добиваются от истерика, это значит, что последние также естественны. Итак, с одной стороны — натурализация истерии усилиями травмированных, а с другой — разоблачение возможной симуляции у травмированных усилиями истеричек.

Эти элементы и сформировали впечатляющую режиссуру Шарко. Говорилось, что она заключается в следующем: приводят истеричку и говорят студентам: «Посмотрите, какой болезнью она поражена», — после чего просто-напросто диктуют больной ее симптомы. Это так, и это соответствует первому маневру, о котором я говорил, но главный, наиболее, как мне кажется, тонкий, наиболее изощренный маневр Шарко состоял именно в совместной демонстрации двух персонажей. Когда к нему на обследование, то есть извне, являлись пострадавшие от трудовых травм, различных несчастных случаев, которые, не имея внешних повреждений, страдали параличом, болями в суставах, потерей чувствительности, он приводил истеричку, гипнотизировал ее и говорил: «Теперь вы не можете ходить», — после чего смотрел, похож ли паралич истерички на паралич травмированного. Вспомним известный случай посттравматической коксалгии одного железнодорожного рабочего. Шарко был уверен, что суставная боль в данном случае не связана с неким повреждением, но вместе с тем ему казалось, что это не просто симуляция. Он привел двух истеричек, загипнотизировал их, дал им ряд команд и таким образом, на этом функциональном манекене, каким оказались истерички, воссоздал коксалгию рабочего и затем счел ее истерической.[47]

Все при своем барыше. Прежде всего, конечно, система страхования, люди, которые должны были платить за лечение, но также в известной степени и больной, ибо как только выяснялось, что он не симулянт, Шарко говорил: все-таки у него что-то есть, хотя это что-то, разумеется, иного рода, нежели настоящая болезнь. Таким образом выгода делилась на двоих. Впрочем, куда важнее барыш, который доставался врачу: ведь благодаря использованию истерички в качестве функционального манекена врач смог дифференциально диагностировать в том числе и симуляцию. Панический страх перед симулянтами, который преследовал врачей первой половины XIX века, теперь остался в прошлом, поскольку истерички, раскрывая в некотором роде собственный обман, дали возможность разоблачать обман других, и врач научился распознавать симуляцию.[48]

Получили, наконец, свою выгоду и истерички, так как, служа функциональными манекенами, позволяющими подтвердить

неанатомическую, функциональную или, как говорили в то время, «динамическую» болезнь, выполняя эту свою функцию, они ускользали от всяких подозрений в симуляции, ибо благодаря им только и можно было обнаружить симуляцию других. К тому же врач, опять-таки благодаря истеричкам, смог существенно укрепить свою власть: ему теперь не страшны уловки симулянта именно потому, что у него есть истеричка, позволяющая провести двойную дифференциальную диагностику и разделить органическое, динамическое и симуляцию. В результате истерички получили еще одно преимущество над врачом, поскольку, тщательно следуя командам, которые он дает им под гипнозом, они оказались своего рода инстанцией верификации, выяснения истины между болезнью и обманом. Такова вторая победа истеричек. Как вы понимаете, по команде врача они, находясь под гипнозом, послушно изображали коксалгию, потерю чувствительности и т. д.

Это подготовило третий маневр — перераспределение вокруг травмы. После своего второго маневра врач вновь, теперь уже вдвойне, зависел от истерички, ибо, если последняя выказывает по команде симптомы столь покорно, столь охотно и едва ли не чересчур щедро, то не потому ли, что она притворяется, как это начал подозревать уже Бернхейм?[49] Не связана ли вся эта многообразная истерическая симптоматика, что имела место в Сальпетриере, с системой медицинской власти, формировавшейся в это время в больнице?

Чтобы врач не зависел целиком и полностью от поведения истерички, которое, вполне возможно, не более чем притворство, чтобы он восстановил свою пошатнувшуюся власть над происходящим, чтобы все вернулось под его контроль, ему потребовалось включить в некую строгую патологическую схему и то, что некто подлежит гипнозу и воспроизводит под гипнозом феномены патологического характера, и то, что в этом патологическом обрамлении находится место тем функциональным расстройствам, которые, как показал Шарко, весьма родственны проявлениям истерии. Понадобилось патологическое обрамление, которое охватывало бы, с одной стороны, гипноз и проявляющиеся под гипнозом истерические симптомы и, с другой — событие, вызывающее функциональные расстройства у негипнотизируе-

мых больных. Необходимость в таком обрамлении привела Шарко к поиску новой, нетелесной, привязки, поскольку тело в данном случае говорить не могло, телесного повреждения просто не было. Пришлось искать нечто, способное этиологически учесть все эти феномены вместе и тем самым подчинить их строгой патологии: пришлось искать некое событие.

Так Шарко пришел к разработке понятия травмы.[50]

Что такое в его представлении травма? Это некий несчастный случай, удар, падение или же впечатление, повергшее в ужас зрелище и т. д., — нечто, вызывающее состояние частного, локального, но иногда продолжительного гипноза, словно бы вследствие травмы у индивида возникает некая идея, которая западает ему в мозг и действует как своего рода постоянный импульс.

Например: мальчик попал под колеса экипажа и потерял сознание. В последнее мгновение перед забытьем ему кажется, что колеса проходят сквозь его тело; на самом деле его просто сбили, и никаких колес в теле нет. Он приходит в себя и через некоторое время чувствует, что не может двигаться, — чувствует как раз потому, что думает, будто колеса прошли сквозь его тело.[51] Эта уверенность проникла к нему в голову и продолжает действовать в рамках последовавшей за травмой цепи состояний микрогипноза, или локализованного гипноза. Эта идея, превратившаяся, так сказать, в гипнотическую команду, и вызывает паралич ног.[52] Так вводится одновременно понятие травмы, которое станет исключительно важным впоследствии, и связь между ним и старой концепцией бреда. Если ребенок парализован, это потому что он верит, будто через него прошли колеса, — смычка с традиционным пониманием безумия, всегда включавшим бред, здесь очевидна.[53] Таким образом, травма есть нечто, вызывающее локальное, постоянное только на местном уровне, состояние гипноза.

А что такое гипноз? Это тоже травма, но травма в виде полного, пусть и временного, шока, который прерывается исключительно по воле врача и охватывает все поведение индивида, так что внутри гипнотического состояния, этой своего рода генерализованной временной травмы, врач своей волей, своими словами может внушать субъекту некие идеи, образы, выполняющие ту же самую роль, функцию, вызывающие тот же эффект команды, о котором я говорил в связи с естественными, не гипнотическими травмами. Так истерический феномен, случившийся под гипнозом, и истерический феномен, вызванный неким событием, сближаются, чтобы совпасть в рамках фундаментального понятия травмы. Травма есть то, что вызывает гипноз, а гипноз есть своего рода общая реактивация травмы по воле врача.

Естественно, что это привело Шарко к практическому исследованию травмы как таковой.

Чтобы быть уверенным в том, что истеричка — действительно истеричка, что все обнаруживаемые ею, под гипнозом или нет, симптомы действительно имеют патологический характер, нужна этиология, нужно описать травму как незримое и вместе с тем патологическое повреждение, которое-то и соединяет все описанные феномены в совокупность болезни.* Вот почему от истеричек, под гипнозом или в обычном состоянии, требуют рассказать о своем детстве, о своей жизни, ища некое фундаментальное, сущностное событие, продолжающееся, без конца продолжающееся в истерическом синдроме, который оказывается, в некотором смысле, его непрерывной актуализацией.[54]**

Однако истерички отвечают на это требование открыть продолжающуюся в их симптомах травму очередным контрманевром. Через окно, открытое этим требованием, они окунаются в свою жизнь, в свою реальную, повседневную жизнь — в свою сексуальность: они принимаются рассказывать о своей сексуальной жизни, именно ее они обнаруживают в больнице, бесконечно реактуализируют там. В доказательство этой противонагрузки поиска травмы рассказом о сексуальной жизни, к сожалению, нельзя сослаться на свидетельство самого Шарко: он об этом не говорит. Напротив, из наблюдений его учеников отчетливо видно, о чем на самом деле шла речь в этих анамне-

---

* В подготовительной рукописи М. Фуко уточняет: «Отсюда — поиск, с одной стороны, нервного диатеза, могущего стать мишенью травмы, иными словами — наследственности, и, с другой — самой травмы».

** В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Отсюда — резкое расхождение с Бернхеймом: если бы всех можно было загипнотизировать, все здание рухнуло бы».

зах, что именно в них обсуждалось, о чем говорили больные и что обнаруживалось во время их пресловутых псевдоэпилептических припадков. Приведу вам только один пример — это случай, описанный Бурнвилем.

Вот как больная рассказывает о своей жизни. С шести до тринадцати лет она воспитывалась в монастыре «в Ла-Фертесу-Жуар, где, пользуясь относительной свободой, она гуляла по близлежащей деревне, позволяя местным обнимать себя в обмен на несколько конфет». Я цитирую протокол, составленный учеником Шарко на основе собственных признаний пациентки. «Она часто приходила к жене одного рабочего-красильщика, Жюля. Последний часто напивался, после чего вступал в бурные перебранки с женой; он бил ее, таскал или привязывал к чему-нибудь за волосы. Луиза [больная. — *М. Ф.*] иногда присутствовала при этих сценах. Однажды Жюль попытался ее обнять, даже изнасиловать, что очень испугало ее. Во время каникул [Луизе было от шести до тринадцати лет. — *М. Ф.*] она уезжала в Париж и проводила там дни вместе со своим братом Антонио, который, будучи на год младше Луизы, но, видимо, очень развитой, научил ее многому, чего ей еще не следовало бы знать. Антонио смеялся над тем, с какой наивностью она принимает даваемые ей взрослыми объяснения, и рассказал ей, помимо прочего, о том, как появляются дети. Также во время каникул ей случилось увидеть в доме, где служили ее родители, г-на С. [хозяина этого дома. — *М. Ф.*], который был любовником ее матери. Мать потребовала, чтобы Луиза обняла его и впредь называла своим отцом. По ее окончательном возвращении в Париж [то есть, сразу после пребывания в монастыре, в тринадцать лет. — *М. Ф.*], Луизу поселили у этого С. под предлогом того, что она научится там петь, шить и т. д. Она спала в отдельной маленькой комнате. С., безразличный к своей жене, всякий раз, когда та отсутствовала, искал связи с Луизой — девочкой тринадцати с половиной лет. Первая его попытка уложить ее рядом с собой не удалась. Во второй раз он добился-таки близости, но неполной, поскольку Луиза сопротивлялась. Однажды С. пообещал купить ей всевозможные подарки — красивые платья и т. п., но, видя, что она не желает уступать, пригрозил бритвой; воспользовавшись ее испугом, он напоил Луизу ликером, раздел

девочку, уложил к себе в постель и овладел ею. На следующий день Луиза проснулась больной...» и т. д.[55]

Все жизнеописания истеричек, рассказанные больными Шарко, в основном сводятся к тому же. А что, согласно наблюдениям тех же учеников, сделанным ими специально для Шарко, происходило во время истерических припадков, которые, по словам ученого, до такой степени походили на приступы эпилепсии, что только опытный невролог мог отличить одно от другого?

В припадках Луиза говорила: «Скажи мне это!.. Ты же хочешь мне это сказать! Хам! Какой же ты подлец! Ты веришь этому мальчишке больше, чем мне... Клянусь тебе, что он ни разу даже не прикоснулся ко мне... Я не отвечала на его приставания, мы были на улице... Правда, я не хотела этого... Позови их (лицо изображает настойчивость). Ну что? (она вдруг оборачивается направо)... Но вы же не говорили ему этого!.. Антонио, ну-ка повтори то, что тебе сказали... что он трогал меня... Но я не хотела. Антонио, ты лжешь!.. Да, у него в штанах была змея, он хотел запустить ее ко мне в живот, но ему не удалось даже раздеть меня... покончим с этим... Мы сидели на скамейке... Вы несколько раз поцеловали меня, я вас не целовала; я же лунатик... Антонио, ты смеешься...»[56]

Подобные речи соответствуют так называемой бредовой стадии, последней стадии в анализе Шарко. Если же мы обратимся к «пластической» стадии, к «страстным позам», то они, уже у другой больной, были таковы: «Селина М. внимательно смотрит, замечает кого-то, кивком головы приглашает приблизиться, разводит руки, соединяет их так, будто бы обнимает некое воображаемое существо. На ее лице сначала отражается неудовольствие, разочарование, затем его внезапно сменяет выражение блаженства. В этот момент ее живот начинает двигаться, ноги подкашиваются, М. падает на постель и вновь совершает клонические движения. Внезапно она ложится на правую половину постели, головой на подушку; ее лицо наливается кровью, тело сжимается, правая щека прижата к подушке, лицо направлено вправо; больная задирает бедра, ее нижние конечности согнуты. Через несколько мгновений, оставаясь в этой похотливой позе, она совершает плавательные движения, затем снова сжимается и начинает активно двигаться клонически. После этого прини-

мается гримасничать, плакать, изображает резкое недовольство. Снова садится, смотрит влево, делает знаки головой и правой рукой. Судя по выражениям ее лица, она участвует в различных сценах, испытывает поочередно приятные и неприятные ощущения. Затем М. стремительно передвигается на середину постели, приподнимается и делает правой рукой жесты *mea culpa*,* сопровождаемые судорогами и гримасами. Наконец, она пронзительно кричит: „О-ля-ля!“, смеется, смотрит похотливым взглядом, садится, словно бы видит Эрнеста и говорит: „Иди же! Иди!“»[57]

Таково реальное содержание припадков больных, если судить по ежедневным наблюдениям над ними, которые вели ученики Шарко.

Но, как мне кажется, в данном случае истерички опять-таки, в третий раз, перехватили у психиатра власть, поскольку эти речи, эти сцены, эти позы, обозначавшиеся Шарко терминами «псевдоэпилепсия» или «большой истерический припадок», аналогичные эпилепсии, но все же отличающиеся от нее, — это реальное содержание истерии, которое обнаруживалось в ежедневных наблюдениях над больными, — Шарко не мог по-настоящему признать. Почему? Не по причинам морали или ханжества. Вспомните, что я говорил о неврозе, о том его понимании, которое начали развенчивать в 1840-е годы и которое еще в эпоху Шарко разоблачал Фальре. Почему оно подверглось развенчанию?[58] С одной стороны, потому что этот невроз был симуляцией — и Шарко как раз пытался отвести это обвинение, — а с другой стороны, потому что он носил сексуальный характер, содержал ряд элементов похоти. И чтобы доказать, что истерия действительно является болезнью, чтобы безоговорочно включить ее в систему дифференциальной диагностики, чтобы развеять все сомнения по поводу ее статуса болезни, нужно было очистить ее от этого дисквалифицирующего элемента, столь же опасного, как и симуляция, — от похоти, сексуальности.** Это не должно было обнаруживаться, об этом нельзя было говорить.

* Раскаяния (*лат.*). — *Примеч. пер.*

** В подготовительной рукописи М. Фуко добавляет: «Стоило позволить сексуальности заявить о себе, и все здание патологизации, возведенное в борьбе с истериками, просто обрушилось бы».

Но помешать обнаружению сексуальности было невозможно, ибо Шарко сам требовал симптомов, припадков. И больные предоставляли ему припадки, поверхностная симптоматика, общий сценарий которых повиновался сформулированным Шарко законам, однако, так сказать, под покровом этого сценария они окунались в свою индивидуальную жизнь, в свою сексуальность, в свои воспоминания; они реактуализировали свою сексуальность прямо в больнице, при участии ее служащих или врачей. И поскольку Шарко не мог этому помешать, ему оставалось единственное: не говорить об этом, а точнее — говорить противоположное. В самом деле, мы находим в его текстах нечто парадоксальное, учитывая, на каких наблюдениях основываются его слова: «Я далек от мысли, — пишет он, — что в истерии всегда заявляет о себе похоть, я даже убежден в обратном».[59]

Вспомните эпизод, относящийся к зиме 1885—1886 годов, когда Фрейд, проходя практику у Шарко, однажды был приглашен к нему домой и с изумлением услышал, как тот сказал кому-то в частной беседе: «Ах, да все прекрасно знают, что истерия затрагивает сексуальность». Вот комментарий Фрейда: «Услышав это, я очень удивился и сказал себе: „Но если он это знает, то почему же не говорит об этом?“»[60] Как мне кажется, Шарко не говорил об этом как раз по тем причинам, которые я только что описал. Хотелось бы только знать, почему Фрейд, проведя в Сальпетриере шесть месяцев и ежедневно присутствуя при сценах, два примера которых я вам привел, тоже молчит о них, говоря об этом периоде, и почему он пришел к открытию сексуальности в истерии лишь несколько лет спустя?[61] Для Шарко же не видеть ее и не говорить о ней было единственным выходом.

Ради забавы приведу вам еще один текст, найденный мною в архивах Шарко; это запись одного студента, начисто, кстати, лишенная иронии: «Г-н Шарко вызвал больную Женевьеву, пораженную истерической контрактурой. Она сидит на кушетке. Врачи заранее загипнотизировали ее. Происходит истерический припадок. Шарко, пользуясь своей техникой, показывает, что гипноз может не только вызывать, провоцировать истерические феномены, но и останавливать их. Он берет трость, при-

касается ею к животу больной, как раз в районе яичников, и припадок действительно прерывается, в полном соответствии с традиционным описанием. Шарко отводит трость — припадок возобновляется; тонический период, клонический период, бред, и в момент бреда Женевьева кричит: „Камиль! Камиль! Обними меня! Дай мне твой член". Профессор Шарко просит увести Женевьеву, продолжающую бредить».[62]

Мне кажется, что эта своего рода вакханалия, сексуальная пантомима, не является неким еще не дешифрованным остатком истерического синдрома. Думаю, эту сексуальную вакханалию следует расценивать как контрманевр, которым истерички отвечают на назначение травмы: ты можешь найти причину моих симптомов, которая позволит тебе патологизировать их и функционировать в качестве врача; ты хочешь этой травмы — ну что ж, ты получишь всю мою жизнь и не сможешь помешать мне рассказывать тебе мою жизнь, вновь повторять мою жизнь жестами и без конца реактуализировать ее во время припадков!

Эта сексуальность — не уклоняющийся от дешифровки остаток, но триумфальный крик истерички, ее решающий маневр, с помощью которого она берет верх над неврологом и заставляет того замолчать: если ты так хочешь симптома, функционального выражения; если ты хочешь сделать свой гипноз естественным, если каждой командой, которую ты мне даешь, ты стремишься вызвать симптомы, позволяющие считать их естественными; если с моей помощью ты рассчитываешь разоблачить симулянтов — что ж, тебе придется видеть и слышать то, что мне хочется говорить и делать! И Шарко, который видел все до мельчайших подробностей, все до единой черточки на лице паралитика в ослепительном дневном свете, вынужден был отводить свой всепроникающий взгляд, когда больная говорила ему то, что говорила.

В итоге этой ожесточенной войны между неврологом и истеричкой, вокруг клинического диспозитива невропатологии, под этим захваченным, казалось бы, неврологическим телом,* захваченным, как надеялся невролог, в самой своей истине, обнаруживается, как вы видите, новое тело — уже не неврологическое, а сексуальное тело. Именно истерички преподнесли неврологам, медикам этот новый феномен — уже не патологоанатомическое тело Лаэннека и Биша́, не дисциплинарное тело психиатрии, не неврологическое тело Дюшена де Булоня и Шарко, но сексуальное тело, в обращении с которым пришлось отныне выбирать один из двух путей.

Либо путь Бабински, последователя Шарко, заключавшийся в повторном разоблачении истерии, в ее развенчании в качестве болезни, поскольку она имеет подобные коннотации.[63] Либо — следующую попытку отразить атаку истеричек, дав медицинскую нагрузку и этому новому феномену, что стал вдруг вырываться отовсюду из только что созданного врачами неврологического тела. Разумеется, этой нагрузкой будет медицинское, психиатрическое, психоаналитическое освоение сексуальности.

Покинув стены лечебницы, перестав быть безумцами и сделавшись больными, придя к настоящему врачу — к неврологу — и предоставив ему настоящие функциональные симптомы, истерички к их величайшему удовольствию, но, несомненно, к нашему величайшему несчастью открыли медицине доступ к сексуальности.

* В подготовительной рукописи М. Фуко продолжает несколько иначе: «с помощью которого надеялись судить о безумии, выявлять его истину...».

Примечания

[1] «Если бы мне удалось представить работы, относящиеся к патологической анатомии нервных центров, в подобающем для них свете, вы неизбежно согласились бы со мной по поводу пронизывающей их все красной нитью направленности. Всеми этими работами, в некотором смысле, руководит то, что можно было бы назвать духом локализации, который, по большому счету, есть не что иное, как аналитический дух» (*Charcot J.-M.* Faculté de Médecine de Paris: Anatomopathologie du système nerveux // Progrès médical. 7 année. N 14. 5 avril 1879. P. 161).

[2] О Биша́ см. выше: с. 232—233, примеч. 38.

[3] О Лаэннеке см. выше: с. 232—233, примеч. 38. С 1803 г. Лаэннек читал частный лекционный курс патологической анатомии, которую намеревался выстроить как в полном смысле слова научную дисцип-

лину. Так, он предложил патологоанатомическую классификацию органических заболеваний, основанную на классификации Бишá, но более полную. Ср.: *Laënnec R. Th.* Anatomie pathologique // Dictionnaire des sciences médicales. T. II. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1812. P. 46—61. См. также главу, посвященную М. Фуко патологической анатомии, в «Рождении клиники» (*Foucault M.* Naissance de la clinique. P. 151—176 [глава IX: «Видимое невидимое»]).

[4] Речь идет о наблюдении над И. Н., 18 лет, пораженной *ptosis* левого века и обследованной Ж.-М. Шарко 18 февраля 1891 г. Ср.: *Charcot J.-M.* Clinique des maladies du système nerveux (1889—1891) // Leçons publiées sous la direction de G. Guinon. T. I. Paris: Aux bureaux du Progrès médical. V^ve^ Babé, 1892. P. 332 (лекция от 24 февраля 1891 г., записанная А. Суком).

[5] Об «анатомо-клиническом взгляде» см.: *Foucault M.* Naissance de la clinique. P. 136—142 (глава VIII: «Вскройте несколько трупов»), p. 164—172 (глава IX: «Видимое невидимое»).

[6] *Foucault M.* Naissance de la clinique. P. 90—95 (глава VI: «О признаках и случаях»).

[7] М. Фуко имеет в виду клиническое обследование посредством «выстукивания», апостолом которого был Жан Никола Корвизар (1755—1821), переводчик и комментатор французского издания труда венского медика Леопольда Ауэнбрюггера (1722—1809): *Auenbrugger L.* Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi. Vindobonae: Typis Joannis Thomas Trattner, 1761 (trad. fr.: *Auenbrugger L.* Nouvelle méthode pour reconnaotre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité / Traduit et commenté par J. N. Corvisart. Paris: impr. Migneret, 1808). А в сентябре 1818 г. Лаэннек впервые применил в больнице Неккер стетоскоп. Ср.: *Laënnec R. Th.* De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. 2 vol. Paris: Brosson et Chaudé, 1819.

[8] Основываясь на целом ряде трудов, в частности на работах физиолога Франсуа Мажанди (1783—1855), в 1826 г. применившего электростимуляцию для исследования механизмов нервного возбуждения и мышечного сокращения, Г. Б. А. Дюшен де Булонь использовал «фарадизацию» для изучения возбудимости мышц и нервов и выстроил систему лечения и диагностики их заболеваний. Результаты этих исследований были представлены им в первом докладе, прочитанном в 1847 г. в Академии наук: *Duchenne G. B. A.* De l'art de limiter l'action électrique dans les organes, nouvelle méthode d'électrisation appelée «électrisation localisée» // Archives générales de médecine. Juillet—août

1850; février—mars 1851. В 1850 г. во втором докладе Дюшен де Булонь обнародовал метод «гальванизации» постоянным током, позволяющий изучать мышечные функции и осуществлять «дифференциальную диагностику параличей»: *Duchenne G. B. A.* Application de la galvanisation localisée a l'étude des fonctions musculaires. Paris: Baillière, 1851. Все эти работы вошли в кн.: *Duchenne G. B. A.* De l'électrisation localisée et de son application a la physiologie, a la pathologie et a la thérapeutique. Paris: Baillière, 1855. Ср.: *Adams R. D.* A. Duchenne // Haymaker W. & Schiller F., eds. The Founders of Neurology. T. II. Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 1970. P. 430—435.

[9] Поль Брокá (1824—1880), хирург лечебницы Бисетр, 18 апреля 1861 г. представил в Парижском обществе антропологии сообщение: *Broca P.* Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivis d'une observation d'aphémie (perte de la parole) // Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris. 1 série. T. II. Août 1861. P. 330—357 (воспроизводится в кн.: *Hécaen H. & Dubois J.* La Naissance de la neurophysiologie du langage [1825—1865]. Paris: Flammarion, 1969. P. 61—91). Основой для выводов Брокá послужили наблюдения над пациентом по имени Леборнь, проведшем в Бисетре к тому времени двадцать один год и незадолго до того, как привлечь внимание Брокá, утратившего способность говорить (Леборнь мог произносить только слог «тан», повторявшийся им попарно). Будучи переведен в отделение Брокá 11 апреля 1861 г., 17 апреля он скончался, и вскрытие выявило у него размягчение основания третьей лобной извилины левого полушария мозга, с которым Брокá и связал потерю способности к связной речи. В 1861—1865 гг. роль третьей левой извилины была подтверждена им и другими наблюдениями. Ср.: *Broca P.* [1] Localisation des fonctions cérébrales. Siège du langage articulé // Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris. 1 série. T. IV. 1863. P. 200—204; [2] Sur le siège de la faculté du langage articulé // Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris. 1 série. T. VI. 1865. P. 377—393 (воспроизводится в кн.: *Hécaen H. & Dubois J.* La naissance de la neurophysiologie du langage... P. 108—123).

[10] Г. Б. А. Дюшену де Булоню принадлежит описание «прогрессирующей двигательной атаксии», или *tabes dorsalis*, сифилитического происхождения, характеризующейся моторной дискоординацией в сочетании, как правило, с потерей рефлексов и глубинной чувствительности. Ср.: *Duchenne G. B. A.* De l'ataxie locomotrice progressive... [1858] (воспроизводится в кн.: *Duchenne G. B. A.* De l'ataxie locomotrice progressive. Paris: Rignoux, 1859).

[11] *Duchenne G. B. A.* Diagnostic différentiel des affections cérébelleuses et de l'ataxie locomotrice progressive [по материалам изд.: La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie]. Paris: Impr. Martinet, 1864.

[12] Ibid. P. 5: «Как только человек начинает испытывать действие алкогольного опьянения, его тело в положении стоя принимается колебаться из стороны в сторону... У пациентов, пораженных двигательной атаксией, колебания тела в положении стоя носят совершенно иной характер; они внезапны, тогда как движения пьяного напоминают своего рода качание; кроме того, они короче и стремительнее. Я уже сравнивал стоящего атаксика с гимнастом, который пытается удержаться на канате без балансира». Ср.: *Duchenne G. B. A.* De l'ataxie locomotrice progressive. P. 78: «Больного можно сравнить до некоторой степени с человеком, который с трудом сохраняет равновесие, стоя на канате без балансира».

[13] Ibid. P. 5—6.

[14] *Duchenne G. B. A.* Diagnostic différentiel des affections cérébelleuses... P. 6: «Пьяный [...] идет, описывая кривые, то влево, то вправо или зигзагами, будучи не в силах идти прямо вперед... Атаксик [...] обычно идет прямо вперед, вздрагивая, но не описывая кривых или зигзагов, подобно пьяному».

[15] Ibid. P. 7: «Я спрашивал у них, не чувствуют ли они стоя или во время ходьбы тяжесть в голове или головокружение, как будто бы выпили слишком много вина или ликера. Они отвечали, что в голове у них было более чем ясно и что *равновесие пропадало только в ногах*» (курсив автора).

[16] Имеются в виду наблюдения, изложенные Брока в статье 1861 г. «Замечания о местонахождении способности связной речи», где автор и вводит термин «афемия» для обозначения утраты «способности составлять слова» (*Broca P.* Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé // Hécaen H. & Dubois J. La naissance de la neurophysiologie du langage... P. 63).

[17] Анартрия — это моторная афазия, связанная с повреждением зоны Брока, расположенной на внешней стороне доминирующего полушария мозга, в нижней части третьей лобной извилины. Характеризуется расстройствами связности речи без повреждения артикулирующих органов. Описана Пьером Мари (1853—1940): *Marie P.* De l'aphasie (cécité verbale, surdité verbale, aphasie motrice, agraphie) // Revue de médecine. 1883. Vol. III. P. 693—702.

[18] Об этом свидетельствует использование термина «истероэпилепсия» для обозначения гибридной формы (образованной из признаков истерии и эпилепсии), характеризующейся припадками судорог, как пишет об этом Ж.-Б. Лодоис Бриффо: «Встречаются истерики, которые превращаются в эпилептиков или остаются и теми, и другими одновременно: это истероэпилепсия, или эпилепсия, постепенно усиливающаяся и в некотором смысле подавляющая первоначальную истерию» (*Lodoïs Briffaut J.-B.* Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie // Th. Méd. Paris. N 146; Paris [s. d.], 1851. P. 24). Ср.: *Georget E. J.* Hystérie // Dictionnaire de médecine. Vol. 11. Paris: Béchet Jeune, 1824. P. 526—551 (Жорже определяет истерию как нервное расстройство конвульсивного характера, непосредственно связанное с эпилепсией). Об этом смешении между эпилепсией и другими «расстройствами конвульсивного характера» см.: *Temkin O.* The Falling Sickness: A Story of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology [1945]. 2 éd. rev. Baltimore, Md.: The Johns Hopkins Press, 1971. P. 351—359.

[19] М. Фуко указывает две ключевые даты:

1) 1820 г. — начало дискуссий вокруг причин безумия, поводом к которым послужила защищенная 8 февраля этого года Этьеном Жорже «Диссертация о причинах безумия» (*Georget E. J.* Dissertation sur les causes de la folie // Th. Méd. Paris. N 31; Paris: Didot Jeune, 1820). Выходившие с января 1843 г. в парижских издательствах Fortin и затем Masson «Медико-психологические анналы. Журнал по анатомии, физиологии и патологии нервной системы» (основателями издания были Ж. Байарже, Л. Сериз и Ф. Лонже) ставили целью сбор всех документов, относящихся к науке о связи физического и душевного, к ментальной патологии, к судебной медицине душевных болезней и клинике неврозов, и служили ареной почти не прерывавшихся дебатов об органических и душевных причинах безумия, которые достигли апогея в 1840-х годах, когда приверженцы органицизма схлестнулись с представителями психологической школы, чаще называвшими себя «дуалистами». В числе первых были: Л. Ростан, автор кн.: *Rostan L.* Exposition des principes de l'organicisme, précédée de réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine. Paris: Asselin, 1846; А. Фовиль, совместно с Ж.-Б. Деле представивший в 1821 г. на соискание премии Эскироля доклад: *Foville A. & Delaye J.-B.* Sur les causes de la folie et leur mode d'action, suivies de recherches sur la nature et le siège spécial de cette maladie // Nouveau Journal de médecine. T. XII. Octobre 1821. P. 110 sq.; Г. Феррюс; Л. Кальмей; и наконец, Ж. Ж. Моро де Тур, который и поднял на знамя термины «органицизм» и «органицисты» в защищенной им 9 июня 1830 г. диссертации: *Moreau de Tours J. J.* De l'influence du physique, relativement au désordre des facultés intellectuels, et en particulier dans cette variété de délire désignée par M. Esquirol sous le nom de Monomanie //

Th. Méd. Paris. N 127; Paris: Didot, 1830. Со стороны же «дуалистов» в основном выступали: П. Н. Жерди, Фредерик Дюбуа д'Амьен (1799—1873), Клод Мишеа, Луи Франсуа Эмиль Реноден (1808—1865), Ж.-Б. Паршапп де Вине, автор статьи, так и названной им: «О преобладании душевных причин в происхождении безумия» (*Parchappe de Vinay J.-B.* De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie // Annales médico-psychologiques. T. II. Novembre 1843. P. 358—371), а также Л. Ф. Лелю, подвергший критике использование патологической анатомии в медицине душевных болезней в своей кн.: *Lélut L. F.* Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie. Paris: Trinquart, 1836.

2) 1880 г. — начало третьей волны органицизма с выходом работ Маньяна и Шарко, которые, сочтя построение физиопатологии головного мозга завершенным, решили, что пришло время окончательных выводов.

[20] О концепции А. Л. Жессе Бейля см. выше: с. 166—167, примеч. 17; с. 337, примеч. 2.

[21] В отличие от Бейля, признававшего «три основных типа симптомов, соответствующих безумию, деменции и параличу», Ж. Байарже считал, что «ключевые симптомы этой болезни, без которых она не обходится никогда, подразделяются на два типа: это паралитические явления и феномены слабоумия», а бред, когда он имеет место, представляет собой лишь «отдельный и совершенно второстепенный симптом» (*Baillarger J.* Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie // Griesinger W. Traité des maladies mentales. P. 612, 614).

[22] «Правильная болезнь» или, как М. Фуко выражается в «Истории безумия», «„правильная форма". Эта вместительная структура, могущая учесть все представления о безумии, находит свое точное выражение в анализе психиатрических симптомов нервного сифилиса» (*Foucault M.* Histoire de la folie. P. 542). Уже в 1955 г. Анри Эй усматривал в последнем «прототип», имевший «непреодолимую притягательность для психиатров» (*Ey H.* Histoire de la psychiatrie // Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie. T. I. 1955. P. 7). В связи с этим отметим, что в период, когда анатомическая клиника только формировалась, А. Л. Жессе Бейль установил для психиатрии предмет, соответствующий медицинской модели: это болезнь, которая имеет причину, определимую в терминах патологической анатомии, обнаруживает специфическую симптоматологию и характеризуется течением, включающим три стадии, завершающиеся двигательным бессилием и слабоумием.

По поводу истории этой проблемы ср.: *Baillarger J.* De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs // Annales médico-psychologiques. 3 série. T. V. Octobre 1859. P. 509—526; 3 série. T. VI. Janvier 1860. P. 1—14.

[23] См. выше: с. 336—337, примеч. 1.

[24] В 1840-х гг. фундаментальное определение неврозов практически не отличалось от того, которое было дано им шотландским медиком Уильямом Калленом, введшим сам термин «невроз» в кн.: *Cullen W.* Apparatus ad nosologiam methodicam, seu Synopsis nosologiae methodicae... (Édimbourg: W. Creech, 1769), — и развившим его в кн.: *Cullen W.* First Lines of the Practice of Physic (4 vol. Édimbourg, Elliot, 1777). Его собственная формулировка такова: «Я предлагаю понимать под наименованием „неврозы", или „нервные болезни", все противоестественные расстройства чувства и движения, лишь ранняя стадия которых отчасти сопровождается пирексией [лихорадкой. — *Ж. Л.*], а также все те из них, которые связаны не с местным повреждением органов, но с более обширным нарушением нервной системы и ее общих способностей, от коих, в частности, зависят способности чувствовать и двигаться» (*Cullen W.* Éléments de médecine pratique / Trad. de la 4 éd., avec des notes, par M. Bousquillon. T. II. Paris: Barois et Méquignon, 1785. P. 185). Так, во Введении, предваряющем первый том «Медико-психологических анналов» (см.: Annales médico-psychologiques. T. I. Janvier 1843. P. XXIII—XXIV), утверждается: «Неврозы. Как и в различных формах умопомешательства, в них преобладает расстройство функций, связывающих человека с окружающими. Это расстройство выражается многообразными способами при ипохондрии, истерии, каталепсии, эпилепсии, сомнамбулизме, невралгиях, истерических состояниях и т. д. [...] Занимая в некотором роде промежуточное положение между расстройствами пищеварения и душевными болезнями, неврозы, по всей видимости, имеют двойственную природу. С одной стороны, это функциональные расстройства органической жизни, выражающиеся в припадках, а с другой — умственные расстройства, выражающиеся в приступах». Ср.: [a] *Foville A. [de].* Névroses // Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Vol. XII. Paris: Gabon, 1834. P. 55—57; [b] *Monneret E. & Fleury L.* Névroses // Compéndium de médecine pratique. Vol. VI. Paris: Béchet, 1845. P. 209; [c] *Littré E. & Robin C.* Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire. Paris, 1855 («Невроз: общее название болезней, имеющих предполагаемую локализацию в нервной системе и заключающихся в функциональном расстройстве без явного повреждения строения органов и без матери-

ального возбудителя»); *Bruttin J.-M.* Différentes théories sur l'hystérie dans la première moitié du XIX siècle. Zurich: Juris, 1969.

[25] См.: Annales médico-psychologiques. T. I. Janvier 1843. P. XXV («Введение»).

[26] *Falret J.* La folie raisonnante ou folie morale [доклад, прочитанный в Медико-психологическом обществе 8 января 1866 г.] // Annales médico-psychologiques. 4 séric. T. VII. Mai 1866. P. 406 (воспроизводится в кн.: *Falret J.* Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris: Baillière, 1889. P. 502): «Другим важным качеством, весьма характерным для истеричек, является их склонность к двурушничеству и лжи. Этим больным [...] ничто не доставляет большего удовольствия, чем обман, введение в заблуждение так или иначе связанных с ними людей. Любящие преувеличивать даже свои судороги (которые часто оказываются отчасти притворными), истерички таким же образом преувеличивают и движения своей души... Одним словом, жизнь истеричек есть не что иное, как непрерывный обман».

[27] М. Фуко перефразировал слова Жюля Дежерина из его «Вступительной лекции по клинике болезней нервной системы», прочитанной 31 марта 1911 г. (*Déjerine J.* Leçon inaugurale a la clinique des maladies du système nerveux // La Presse médicale. 1 avril 1911. P. 253—258): «Благодаря своим исследованиям об истерии Шарко сумел отнять у психиатров область, которую они с тех пор тщетно пытаются вернуть. Конечно, его доктрина истерии не осталась неприкосновенной. Однако важнейшей заслугой Шарко, достойной нашего всяческого признания, является уже то, что медики осознали: наряду с материальными заболеваниями значительное поле деятельности предоставляют им также проблемы, поднимаемые некоторыми психическими расстройствами» (цитируется в кн.: *Guillain G.* J.-M. Charcot [1825—1833]: sa vie, son œuvre. Paris: Masson, 1955. P. 143). Подтверждением этого признания стала передача неврологам авторства статей об истерии в медицинских энциклопедиях и словарях.

[28] М. Фуко имеет в виду некролог Шарко, написанный Фрейдом в августе 1893 г. и опубликованный в изд.: Wiener medizinische Wochenschrift. 1893. Vol. 43. N 37. P. 1513—1520. В нем, в частности, говорится: «Зал, в котором он [Шарко] проводил свои занятия, украшало полотно с изображением того, как „гражданин" Пинель освобождает от цепей несчастных безумцев Сальпетриера» (см.: *Freud S.* Charcot // Gesammelte Werke. T. I. 1952. P. 28 [trad. fr.: *Freud S.* Charcot / Trad. J. Altounian, A. & O. Bourguignon, G. Goran, J. Laplanche, A. Rauzy // Freud S. Résultats. Idées, Problèmes. T. I: 1890—1920. Paris: Presses universitaires de France, 1984. P. 68]).

[29] *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 320—345 (лекция XI: «Об овариальной гиперестезии»). «Стигматы» обозначают «множество расстройств, которые более или менее постоянно обнаруживаются у истериков в промежутках между конвульсивными припадками и почти всегда, в силу их специфического характера, позволяют распознать глубокий невроз [...] даже при отсутствии конвульсий»; таковы «гемианестезия, паралич, контрактура, болезненные участки в различных частях тела» (p. 320).

[30] *Charcot J.-M.* [1] Des troubles de la vision chez les hystériques. Clinique médicale de l'hospice de la Salpêtrière // Progrès médical. VI année. N 3. 10 janvier 1878. P. 37—39; [2] Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 427—434 (Приложение V: «О расстройствах зрения у истеричек»).

[31] *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 300—319 (лекция X: «Об истерической гемианестезии»).

[32] *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 347—366 (лекция XII: «Об истерической контрактуре»); T. III. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890. P. 97—107 (лекция VII: «Два случая истерической контрактуры травматического происхождения»), p. 108—123 (лекция VIII).

[33] Так, в лекции от 21 февраля 1888 г. «Истерия у юношей» Шарко признает: «Очень странно, что в преимущественно ментальных случаях истерии стигматы не наблюдаются [...] Все эти стигматы [...] постоянны для истерии, но я вынужден признать, что при всем их постоянстве часто случается, что не все они наблюдаются у больного, а иногда и не наблюдаются вообще» (*Charcot J.-M.* Leçons du mardi á la Salpêtrière // Policlinique 1887—1888. T. I. P. 208).

[34] Вчерне представленная уже в 1872 г. в «Лекциях о болезнях нервной системы» (*Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 373—374 [лекция XIII: «Об истероэпилепсии»], 435—448 [Приложение VI: «Описание сильного истерического припадка»]), эта кодификация приобрела законченный вид в 1878-м, когда Шарко привел ее к «предельно простой формуле»: «Все эти явления, на первый взгляд очень беспорядочные, очень изменчивые [...], развертываются согласно некоторому закону. Полный припадок состоит из четырех стадий: 1) Эпилептоидная стадия. Он может напоминать и чаще всего напоминает настоящий эпилептический припадок... Эту стадию в свою очередь можно разделить на три фазы: a) тоническая фаза...; b) клоническая фаза. Конечности и туловище охвачены короткими стремительными колебаниями [...], которые завершаются сильными сотрясениями всего тела...; c) фаза разрешения...; 2) Стадия выгибов и

резких движений...; 3) Стадия страстных поз. Галлюцинация явно преобладает на этой стадии. Больная сама выходит на сцену, и по выразительной и резкой мимике, которой она предается [...], легко проследить все перипетии той драмы, в которой, как ей кажется, она участвует и даже зачастую играет центральную роль...; 4) Заключительная стадия. Наконец, больная возвращается в реальный мир» (*Charcot J.-M.* Description de la grande attaque hystérique. Hospice de la Salpêtriére / Compte rendu par P. Richer // Progrès médical. 7 année. N 2. 11 janvier 1879. P. 17—18).

[35] Если термин «истероэпилепсия» (см. выше, примеч. 18) подразумевал, как напоминает Шарко, «соединение двух неврозов в различных пропорциях, в зависимости от случая», будучи «смешанной формой, своего рода гибридом, истерией пополам с эпилепсией» (*Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 368), то затем Шарко ввел различение между эпилепсией и истероэпилепсией как двумя отдельными патологическими единствами, не могущими сочетаться в рамках некой «комбинированной» болезни. Так, он различает «истероэпилепсию с раздельными припадками», в которой эпилепсия выступает первичной болезнью, затем осложняющейся истерией, и «истерию со смешанными припадками», в которой судорога эпилептического типа фигурирует лишь как «побочный элемент»: «[...] в этих случаях мы всегда имеем дело исключительно с истерией, пусть и принимающей черты эпилепсии» (*Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 368—369 [лекция XIII: «Об истероэпилепсии»]). Термин «истероэпилепсия» обозначает теперь крайнюю степень истерии, достигшей полного развития, или *hysteria major*. Позднее, впрочем, Шарко вовсе отказался от него: «Уважение к традиции побуждало меня до сих пор сохранять это наименование: истероэпилепсия. Но, признаться, оно причиняет мне неудобства, ибо я считаю его абсурдным. Между эпилепсией и истероэпилепсией нет ни малейшей связи, даже в случаях смешанных припадков» (*Charcot J.-M.* Leçons du mardi a la Salpêtrière // Policlinique 1887—1888. T. I. P. 424—425 [лекция XVIII от 19 марта 1889 г.]). М. Фуко возвращается к этому вопросу в курсе «Ненормальные» (*Фуко М.* Ненормальные. СПб., 2004. С. 244—278 [лекция от 26 февраля 1975 г.]). См. также: *Féré Ch.* Note pour servir a l'histoire de l'hystéro-épilepsie // Archives de neurologie. Vol. III. 1882. P. 160—175, 281—309.

[36] Об этой дифференциальной таблице см.: *Charcot J.-M.* [1] Caractères différentiels entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie // Progrès médical. 2 année. 10 janvier 1874. P. 18—19; [2] Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 374—385 (лекция XIII «Об истероэпилепсии»).

[37] Речь идет о шестидесятидвухлетней больной по имени Орель, у которой в 1851 г. была выявлена «полная левая гемианестезия [...], имеющаяся у нее и сегодня, то есть по истечении 34 лет! Мы наблюдали за этой больной на протяжении 15 лет, и ни разу симптомы гемианестезии не исчезали» (*Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 260—261 [лекция XVIII: «О шести случаях истерии»]).

[38] Речь идет о некоем Аби, который «в декабре 1885 г. имел два цикла припадков: первый продолжался 13 дней и насчитывал 4506 припадков, второй включал 17 083 припадка в течение 14 дней» (*Charcot J.-M.* Leçons du mardi a la Salpêtrière // Policlinique 1887—1888. T. II. P. 68 [лекция IV от 13 ноября 1888 г.: «Приступ истерического сна»]).

[39] М. Фуко имеет в виду искусственный вызов истерических проявлений под гипнозом, по поводу которых Шарко говорил: «[...] перед нами в самом деле, во всей своей простоте, человек-машина, о котором грезил Ламетри» (*Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 337 [«О двух случаях истерической плечевой моноплегии травматического происхождения у мужчин»]). Ср.: *La Mettrie J. O. de.* L'Homme machine. Paris [s. n.], 1747; Leyde: Luzac, 1748.

[40] *Charcot J.-M.* Leçons du mardi a la Salpêtrière. T. I. P. 135—136 (лекция от 24 января 1888 г.: «Истеро-травматические параличи, вызываемые посредством внушения»): «Этот паралич... мы можем в определенных условиях вызвать искусственно, что является в своем роде вершиной, идеалом патологической физиологии. Способность воссоздавать патологическое состояние — выдающееся достижение, ибо, когда вы вольны воспроизводить проявления болезни, ее теория у вас в руках». Ср. также лекцию от 1 мая 1888 г.: «Искусственный вызов паралича в гипнотическом состоянии: способы лечения этих экспериментальных параличей» [у больной истероэпилепсией под гипнозом] (p. 373—385).

[41] В 1870 г., в связи с реконструкцией здания лечебницы Сент-Лор, в котором содержались душевнобольные, эпилептики и истерики (отделением руководил Луи Делазьов [1804—1893]), часть пациентов — душевнобольные и эпилептики, признанные душевнобольными, — была переведена под руководство Ж. Байарже, а для прочих эпилептиков и для истериков было организовано новое «отделение простой эпилепсии», в 1872 г. порученное Шарко. Ср. его «Вступительную лекцию» на кафедре клиники болезней нервной системы в кн.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 2—3.

[42] *Charcot J.-M.* Métallothérapie et hypnotisme. Électrothérapie // *Charcot J.-M.* Œuvres complètes. T. IX. Paris, Lecrosnier & Babé, 1890.

P. 297: «Исследования гипнотизма, предпринятые в лечебнице Сальпетриер г-ном Шарко и под его руководством рядом его учеников, относятся к 1878 году». Первые их результаты Шарко изложил в своих «Лекциях о гипнозе в лечении истерии». 13 февраля 1882 г. он прочел в Академии наук доклад, в котором представил описание проблемы в неврологических терминах и попытался придать гипнозу научный статус (см.: *Charcot J.-M.* Physiologie pathologique. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystérique // Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences. Vol. 94. N 1. 13 février 1882. Paris: Gauthier-Villars, 1882. P. 403—405). См. также: *Owen A. R.* Hysteria, Hypnosis and Healing: the Work of J.-M. Charcot. Londres: D. Dobson, 1971.

[43] В 1860-е гг. вышла на первый план проблематика последствий трудовых и железнодорожных травм: вопросы экспертизы, возмещения ущерба, определения трудоспособности и т. п. Указом от 14 ноября 1865 г. для разрешения этих проблем была учреждена Генеральная страховая компания, субсидируемая банком «Промышленно-коммерческий кредит». Закон от 11 июля 1868 г. предусматривал создание двух национальных страховых касс, одной из которых было поручено страхование жизни, а другой — выплата страховок при несчастных случаях в промышленности и сельском хозяйстве. Дополнительные уточнения в этот закон были внесены указом от 10 августа 1868 г. В мае 1880 г. Мартен Надо внес на рассмотрение проект закона об «ответственности при несчастных случаях, наносящих ущерб рабочим во время трудовой деятельности». И только 9 апреля 1898 г. закон о трудовых несчастных случаях был наконец принят. Ср.: [a] *Hamon G.* Histoire générale de l'assurance en France et a l'étranger. Paris: A. Giard et F. Brière, 1897; [b] *Senès V.* Les Origines des compagnies d'assurance [...]. Paris: L. Dulac, 1900; [c] *Richard P. J.* Histoire des institutions d'assurance en France. Paris: Éd. de l'Argus, 1956; [d] *Hatzfeld H.* Du paupérisme á la sécurité sociale. Paris, 1971. М. Фуко возвращается к этому вопросу в октябре 1974 г.: *Foucault M.* DE. III. N 170. P. 54.

[44] В октябре и феврале 1867 г. Анри Легран дю Соль (1830—1886) посвятил этой теме серию лекций, затем вошедших в его кн.: *Legrand du Saulle H.* Étude médico-légale sur les assurances de la vie. Paris: Savy, 1868.

[45] Так, К. Гийемо рассматривал вопрос выявления симуляции в кн.: *Guillemaud Cl.* Des accidents de chemin de fer et de leurs conséquences médico-judiciaires. Paris [s. n.], 1851. P. 40—41 (rééd.: Lyon: A. Storck, 1891). А. Сук посвятил этой теме диссертацию: *Souques A.* Contribution a l'étude des syndromes hystériques «simulateurs» des maladies organiques de la moelle épinière. Th. Méd. Paris. N 158; Paris: Lecrosnier & Babé, 1891. См. также выше: с. 168, примеч. 20; с. 169, примеч. 21.

[46] Во второй половине XIX века был создан целый комплекс литературы, посвященной последствиям железнодорожных травм. Англоязычные авторы в основном объясняли эти последствия воспалением спинного («Railway Spine») или головного мозга («Railway Brain»). Ср.: [a] *Erichsen J. E.* [1] On Railway and Other Injuries of the Nervous System. Philadelphie, Pa.: H. Ch. Lea, 1867; [b] On Concussion of the Spine, Nervous Shock, and Other Obscure Injuries of the Nervous System. New York: Wood, 1875; [b] *Page H. W.* [1] Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesion and Nervous Shock in their Surgical and Medico-legal Aspects. Londres: A. Churchill, 1883; [2] Railway Injuries with Special Reference to those of the Back and Nervous System in their Medico-legal and Clinical Aspects. Londres: Griffin & Co., 1891 (экземпляр этого сочинения автор послал, снабдив посвящением Ж.-М. Шарко). Немецкие специалисты считали, что эти последствия образуют особый «травматический невроз». Ср.: [a] *Oppenheim H. & Tomsen R.* Über das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems // Archiv für Psychiatrie. Vol. 15. Berlin, 1884. P. 559—583, 663—680; [b] *Oppenheim H.* Die traumatischen Neurosen [...]. Berlin: Hirschwald, 1889. Шарко посвятил этой теме лекцию 1877 г.: «О влиянии травматических повреждений на развитие проявлений местной истерии» (*Charcot J.-M.* De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale // Progrès médical. 6 année. N 18. 4 mai 1878. P. 335—338). Не усмотрев в данном случае отдельного клинического комплекса и сославшись на возможность вызова под гипнозом параличей, подобных травматическим, он определил последние как разновидность истерии — «травматическую истерию». В 1878—1893 гг. Шарко опубликовал около двадцати случаев паралича, связанного с трудовыми или железнодорожными травмами. См.: *Charcot J.-M.* [1] Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 258 (лекция XVIII, в которой автор критикует немецкую концепцию), p. 354—356 (лекция XXII: «О двух случаях истерической плечевой моноплегии»), p. 370—385 (лекция XXIII: «О двух случаях истерической коксалгии»), p. 386—398 (лекция XXIV: «О случае истерической коксалгии травматического происхождения», в которой автор проводит аналогию между английским понятием «nervous shock» и состоянием гипноза), p. 458—462 (Приложение I); [2] Leçons du mardi a la Salpêtrière. T. II. P. 131—139 (лекция VII от 4 декабря 1888 г.), p. 527—535 (Приложение I: «Истерия и травматиче-

ский синдром. Столкновение поездов и истерия как его следствие»); [3] Cliniques des maladies du système nerveux (1889—1891). T. I. P. 61—64 (лекция III от 13 ноября 1889 г.); [4] *Charcot J.-M. & Marie P.* Hysteria, mainly hystero-epilepsia // Hack Tuke D. A Dictionnary of Psychological Medicine. Vol. I. Londres: J. & A. Churchill, 1892. P. 639—640 (автор включил в свой труд текст Ж.-М. Шарко и П. Мари в качестве противовеса немецкой концепции особого «травматического невроза»). См. также: [a] *Vibert Ch.* La Névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blesures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues. Paris: Baillière, 1893; [b] *Fischer-Homberger E.* [1] Railway-Spine und traumatische Neurose. Seele und Rückenmark // Gesnerus. Vol. 27. 1970. P. 96—111; [2] Die Traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Berne: Hans Huber, 1975.

[47] *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 391—392 (лекция XXIV). В доказательство того, что К., распиловщик, пострадавший во время работы в мае 1883 г., болен истерической коксалгией без органических дефектов, Шарко вызвал аналогичные симптомы у двух пациенток, введенных в «гипнотическое состояние».

[48] О симуляции см. выше: с. 168, примеч. 20; с. 169, примеч. 21. См. также: [a] *Laurent A.* Étude médico-légale sur la simulation de la folie; [b] *Boisseau E.* Maladies simulées // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. IV. Paris: Masson / Asselin, 1876. P. 266—281; [c] *Tourdes G.* Simulation // Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 2 série. T. XI. 1881. P. 681—735. Не раз обращался к этой теме и Ж.-М. Шарко: *Charcot J.-M.* [1] Leçons du mardi a la Salpêtrière. T. I. P. 281—284 (лекция от 20 марта 1888 г.: «Двигательная атаксия. Анормальная форма»); [2] Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 281—283 (лекция IX: «Об истерической искурии». § VII. «Симуляция»); T. III. P. 17—22 (вступительная лекция на кафедре клиники болезней нервной системы, прочитанная 23 апреля 1882 г. § VII. «Симуляция»), 422 (лекция XXVI. «Случай истерической немоты у мужчины. Примеры симуляции»).

[49] Ипполит Бернхейм (1840—1919), профессор, президент Медицинского общества Нанси, выступал с критикой экспериментов Шарко с 1880-х гг. См.: *Bernheim H.* [1] De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris: Doin, 1884; [2] Hypnotisme, Suggestion, Psychologie. Paris: Doin, 1891 (Бернхейм уточнял свою позицию на с. 172: «Трудно себе представить, в какой степени невропаты и истерики состоят из следствий бессознательного внушения; фабрикуются невралгии, истерогенные зоны [...]; врачи разыгрывают с помощью больных

свои теории и составляют наблюдения из чисто умозрительных идей». Об этом же он говорил и в статье, вышедшей в газете «Le Temps» 29 января 1891 г.: «Я считаю, что приступы истерии, развивающиеся четкими и ясными стадиями, которые врачи Сальпетриера пытаются представить в качестве образцовых, [...] — это искусственная истерия». Отвергая также родство гипнотических состояний с патологической сферой, Бернхейм добавлял: «Так называемый гипнотизм есть не что иное, как активизация нормальной способности мозга — внушаемости, то есть способности подвергаться влиянию воспринятой идеи и стремиться к ее осуществлению». О полемике Шарко и Бернхейма см.: *Hillman.* A scientific study of Hystery (1817—1868) // Bulletin of the History of Medicine. Vol. 29. N 2. 1955. P. 163—182.

[50] Понятие «травмы», понимавшейся первоначально как «механическое действие», способное вызывать проявления истерии, стало распространяться с 1877 г. — ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 446—457 (Приложение VII. «О влиянии травматических повреждений на развитие проявлений местной истерии» [декабрь 1877]). После 1885 г. оно углублялось, постепенно учитывая и механизм «травматического внушения», — ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 299—314 (лекция XX. «О двух случаях истерической плечевой моноплегии травматического происхождения у мужчин»), p. 315—343 (лекция XXI, продолжение), p. 344—369 (лекция XXII, заключение, с отдельным пассажем, посвященным «Гипнотизму и нервному шоку»).

[51] М. Фуко имеет в виду случай Ле Ложе, посыльного 29 лет, сбитого 21 октября 1885 г. экипажем. После двух госпитализаций, в лечебницы Божон и Отель-Дьё, он 21 марта 1885 г. поступил в отделение Шарко с симптомами паралича и потери чувствительности конечностей. Ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. P. 441—459 (Приложение I. «Случай истеротравматического паралича, возникшего вследствие несчастного случая»). Травма «породила у Ле Ложе убежденность в том, что колеса сбившего его экипажа, по его словам, „прошли сквозь его тело“. И эта убежденность, которая преследует его даже в сновидениях, является, однако, совершенно ошибочной» (p. 555).

[52] *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T III. P. 553—554: «В самом факте местного шока и, в частности, в чувственных и моторных феноменах, которыми он сопровождается, как раз и следует искать источник внушения... Мысль о моторном бессилии конечности [...] может по причине сомнамбулического состояния рассудка, столь благоприятствующего внушению, претерпеть после сво-

его рода инкубационного периода значительное развитие и в конечном итоге вылиться объективным образом в полный паралич».

[53] Эту традиционную концепцию иллюстрируют, например, слова Эскироля: «Действия, которые совершают душевнобольные, всегда суть следствия бреда» (*Esquirol J. E. D.* Manie // Dictionnaire des sciences médicales. T. XXX. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1818. P. 454), или Жорже: «Не бывает безумия без бреда» (*Georget E. J.* De la folie. Considérations sur cette maladie... P. 75), или, наконец, Фодере (*Fodéré F. E.* Traité de médecine légale et d'hygiène publique. Vol. I. Paris: Mame, 1813. P. 184).

[54] По поводу рассказа о детстве ср. случай Огюстин в кн.: Iconographie photographique de la Salpêtrière / Publiée par D. M. Bourneville, Delahaye et Regnard. T. II. Paris: Delahaye, 1878. P. 167.

[55] Речь идет о Луизе Огюстин, поступившей в отделение Шарко в возрасте пятнадцати с половиной лет. Ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. II. P. 125—126.

[56] Речь идет о сцене, во время которой больная обращается к другу Эмилю, чтобы тот отвел от нее упреки со стороны брата. Ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. II. P. 149.

[57] Случай Селины, поступившей в отделение Шарко в 1870 г. Ср.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 132.

[58] См.: *Falret J.* Responsabilité légale des aliénés // Falret J. Les Aliénés et les asiles d'aliénés. P. 189 (§ «Истерия» [1876]): «У этих больных часто наблюдаются более или менее выраженные расстройства характера, которые накладывают на них особый отпечаток, — их издавна объединяют общим термином „истеричный характер". Они своенравны, склонны к обману и выдумкам; кроме того, они изобретательны, властолюбивы и капризны».

[59] Эти слова Шарко произнес, говоря о книге Поля Брике «Клинико-терапевтический трактат об истерии» (*Briquet P.* Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris: Baillière, 1859). См.: *Charcot J.-M.* Leçons sur les maladies du système nerveux. T. I. P. 301 (лекция X: «Об истерической гемианестезии»).

[60] Речь идет об обеде, во время которого Фрейд стал свидетелем спора между Шарко и Полем Бруарделем, профессором судебной медицины. Шарко заявил в связи с некой пациенткой: «„Да в подобных случаях причина всегда в половой сфере, всегда..." На мгновение меня охватило изумление, я просто оторопел, а потом подумал: „Но если он знает это, то почему никогда об этом не говорит?"» (*Freud S.* Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung [1914] // Freud S. Gesammtelte Werke. Vol. X. 1946. P. 51).

[61] Фрейд работал в отделении Шарко с 30 февраля 1885 г. по 28 февраля 1886 г. в качестве стипендиата. Ср.: *Freud S.* Bericht über meine mit Universitäts. Jubileumsreisestipendium unternommene Reise nache Paris und Berlin [1886] // Gickhorn J. & R. Sigmund Freuds akademische Laufbahn, im Lichte der Dokumente von [J. & R. G.]. Vienne: Urban & Schwarzenberg, 1960. P. 82—89 (trad. fr.: *Freud S.* Rapport sur mon voyage à Paris et à Berlin grâce à la bourse de voyage du fonds jubilaire de l'Université [octobre 1885—mars 1886] / Trad. part. par Anne Berman // Revue française de psychanalyse. Vol. XX. 1956. N 3. P. 299—306). Первые тексты, в которых Фрейд наметил сексуальную этиологию неврозов, касаются неврастении и невроза тревоги. Ср.: *Freud S.* La Naissance de la psychanalyse. P. 59—60 (Рукопись A. Конец 1892), p. 61—65 (Рукопись B. 8 февраля 1893). В 1894 г. гипотеза распространяется автором на психоневрозы. Ср.: *Freud S.* Die Abwehr-Neuropsychosen // Freud S. Gesammelte Werke. T. I (trad. fr.: *Freud S.* Les Psychonévroses de défense. Essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise, de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires / Trad. J. Laplanche // Freud S. Névrose, Psychose et Perversion. P. 1—14). См. также статью, в которой Фрейд подытоживает проблему: *Freud S.* Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen [1898] // Freud S. Gesammelte Werke. T. I. P. 489—516 (trad. fr.: *Freud S.* La sexualité dans l'étiologie des névroses / Trad. J. Altounian, A. & O. Bourguignon, G. Goran, J. Laplanche, A. Rauzy // Freud S. Résultats, Idées, Problèmes. T. I [1890—1920]. P. 75—97).

[62] Речь идет о «стадии эротического бреда» у больной Женевьевы, родившейся в Лудене 2 января 1843 г. и поступившей в отделение Шарко в 1872 г. с диагнозом «простая эпилепсия». Ср.: *Bourneville D. M.* Iconographie photographique de la Salpêtrière. T. I. P. 70 («Стадия эротического бреда»): «Наблюдатель, еще не успевший привыкнуть к подобным сценам, испытывает изумление при виде этих отвратительных гримас и проявлений отъявленной похоти [...] обращаясь к одному из ассистентов, она вдруг прижимается к нему и просит: „Обними меня!... Дай мне..."». Это наблюдение М. Фуко цитирует также в «Воле к знанию» (*Foucault M.* La Volonté de savoir. T. I. Paris, Gallimard, 1976. P. 75. N 1).

[63] Жозеф Франсуа Феликс Бабински (1857—1932), в 1885—1887 гг. руководивший клиникой в отделении Шарко, после смерти последнего разошелся с его теорией и 1 ноября 1901 г. в докладе, прочитанном в Парижском неврологическом обществе, предложил заменить термин «истерия» термином «пифиатизм» (от греч. πείθειν — убеждать), который обозначал бы класс болезненных явлений, вызываемых внушением и излечиваемых им же, — чтобы развести тем самым исте-

рию и гипнотизм: «составленный из греческих слов *пейто* [πειθώ] и *иатос* [ἰάτος], обозначающих соответственно „убеждение“ и „излечимый“, неологизм „пифиатизм“ подходит к психическому состоянию, которое выражается в расстройствах, излечиваемых убеждением, куда лучше термина „истерия“» (*Babinski J. F. F.* Définition de l'hystérie // Revue neurologique. 1901. N 9. P. 1090; воспроизводится в кн.: *Babinski J. F. F.* Œuvres scientifiques. Paris: Masson, 1934. P. 464 [часть IX. «Истерия — пифиатизм»]). Эту свою концепцию Бабински развивал в 1906—1909 гг. Ср.: *Babinski J. F. F.* [1] Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (Pithiatisme) [доклад, прочитанный в Парижском обществе больничной интернатуры 28 июня 1906 г.] // Œuvres scientifiques. P. 465—485; [2] Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme // La Semaine médicale. 6 janvier 1909. P. 66—67 (воспроизводится в кн.: Œuvres scientifiques. P. 500). В последнем тексте, в частности, говорится: «Мы более не наблюдаем этих жестоких припадков с пресловутыми четырьмя стадиями, этих гипнотических состояний, характеризуемых летаргией, каталепсией и сомнамбулизмом. Нынешние студенты и молодые медики, читая описания этих расстройств в книгах недавнего прошлого, могут решить, что речь идет о некоем вымершем заболевании».

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КУРСА*

* Впервые опубликовано в изд.: Annuaire du Collège de France. 74 année. Histoire des systèmes de pensée. Année 1973—1974. P. 293—300 (воспроизводится в кн.: *Foucault M.* DE. T. II. P. 674—685).

Долгое время и в значительной степени до сих пор медицина, психиатрия, уголовное правосудие, криминология существуют на полпути между двумя областями: манифестации истины согласно нормам познания и производства истины в форме выпытывания; причем вторая неизменно стремится принять обличье первой и получить за ее счет оправдание. Нынешний кризис этих «дисциплин» не просто подвергает пересмотру их границы, не просто обнаруживает зоны неопределенности, свойственные им в поле познания, но ставит под вопрос само познание, форму познания, норму «субъект-объект». Он затрагивает отношения между экономико-политическими структурами нашего общества и познанием (не в том, что касается истинности или ложности его содержания, но в его функциях власти-знания). Следовательно, налицо историко-политический кризис.

Возьмем прежде всего пример медицины вместе с подлежащим ей пространством, то есть больницей. Больница вот уже долгое время остается двойственным местом: это место констатации сокрытой истины и вместе с тем место выпытывания истины продуцируемой.

Прямое воздействие на болезнь: от нее добиваются не только того, чтобы она раскрыла свою истину перед взором врача, но и того, чтобы она произвела эту истину. Больница есть место возникновения истинной болезни. В самом деле, считалось, что, пребывая в свободном состоянии — в своей «среде», в своей семье, в своем окружении, следуя своему режиму, своим привычкам, своим предрассудкам и иллюзиям, больной может быть поражен некой исключительно сложной, запутанной, затемненной, в некотором смысле противоестественной болезнью, явля-

ющейся смешением различных болезней и в то же время препятствием, мешающим истинной болезни свершиться во всей подлинности своей природы. Поэтому больница была призвана устранить эти паразитарные наросты, эти ненормальные формы и не просто выявить тем самым болезнь как таковую, но наконец произвести ее на свет в ее истине, дотоле огражденной и заторможенной. Собственная природа болезни, ее сущностные свойства, ее специфическое развитие должны были под действием госпитализации обрести реальность.

Больница XVIII века взялась создать условия для раскрытия истины болезни. Таким образом, больница была местом наблюдения и доказательства, но также и местом очищения и выпытывания. Она представляла собой сложный аппарат, который призван был одновременно выявить болезнь и произвести ее в реальности: она была ботаническим местом созерцания видов и вместе с тем алхимическим местом выработки болезнетворных субстанций.

Эта двойная функция исполнялась и крупными больничными структурами, возникшими в XIX веке. На протяжении ста лет (1760—1860) практика и теория госпитализации, а с ними, в более широком смысле, и концепция болезни, оставались пронизаны этой двусмысленностью: чем должна быть больница, место приема болезни, — пространством познания или же инстанцией выпытывания?

С этим связан целый ряд проблем, затрагивавших мысль и практику медиков. Вот некоторые из них:

1) Терапевтика заключается в устранении болезни, в ее приведении к небытию; но чтобы эта терапевтика была рациональной, чтобы она могла основываться на истине, разве не должна она, напротив, позволять болезни развиться? Когда следует вмешаться и в каком направлении? Да и нужно ли вмешиваться? Следует ли способствовать развитию болезни или ее прекращению? Следует ли умерять болезнь или приводить ее к разрешению?

2) Существуют болезни и модификации болезней. Чистые и смешанные, простые и сложные болезни. Но не существует ли в конечном счете единственная болезнь, лишь более или менее далекими производными которой являются остальные, или же следует признать существование несводимых друг к другу категорий? (Именно об этом шла речь в дискуссии между Бруссе

и его противниками вокруг понятия возбуждения и проблемы первичных лихорадок.)

3) Что такое нормальная болезнь? Что такое болезнь, идущая своим чередом? Это болезнь, приводящая к смерти, или болезнь, разрешающаяся по окончании своего развития спонтанным выздоровлением? В этом смысле размышлял о положении болезни между жизнью и смертью Бишá.

Известно, сколь впечатляющее упрощение внесла во все эти проблемы пастерианская биология. Установив возбудителя болезни и определив его в качестве инородного организма, она позволила больнице стать местом наблюдения, диагностики, клинических и экспериментальных исследований, а также прямого вмешательства, контрнаступления в ответ на вторжение микроорганизмов.

Что же касается функции выпытывания, то она вполне могла бы исчезнуть. Местом продуцирования болезни стала лаборатория, пробирка, однако болезнь там осуществляется уже не посредством кризиса; ее течение сводится к отслеживаемому при помощи увеличения механизму; она становится феноменом, подвластным верификации и контролю. От больничной среды более не требуется, чтобы она предоставляла болезни место, благоприятствующее ее решающему событию; пусть она просто позволяет редукцию, перенос, увеличение, констатацию; выпытывание превращается в подтверждение болезни в рамках технической структуры лаборатории и представления медика.

Если задаться целью сформировать «этноэпистемологию» медицинского персонажа, то следовало бы сказать, что пастерианская революция лишила его привычной и, без сомнения, многовековой роли в ритуальной продукции и выпытывании болезни. И дополнительную драматичность придало этой потере следующее обстоятельство: Пастер показал, что медик не то чтобы не должен был выступать производителем болезни «в ее истине», но что, не зная истины, он раз за разом становился ее распространителем и умножителем; больничный врач, ходивший от койки к койке, был одним из основных разносчиков инфекции. Пастер нанес медикам тяжелую нарциссическую рану, которой они долго не могли ему простить: те самые руки врача, которые должны были бороздить тело больного, прощупывать, обследовать его, те самые руки, что должны были обнаруживать

болезнь, являть ее на свет, показывать ее, Пастер разоблачил как носителей этой болезни. До сих пор больничное пространство и врачебное знание служили операторами «критического» исхода болезни, — а теперь тело врача и сложный механизм больницы оказались проводниками ее реальности.

Будучи обезврежены, медик и больница получили вместе с тем и некую новую невинность, в которой нашли для себя новую власть и новый статус в воображении людей. Но это другая история.

*

Эти краткие замечания могут пролить свет на положение безумца и психиатра внутри пространства лечебницы.

Несомненно, есть историческая связь между двумя фактами: до XVIII века безумие не подвергалось систематической госпитализации; оно рассматривалось преимущественно как разновидность заблуждения или иллюзии. Даже в начале Классической эпохи безумие все еще считалось принадлежащим к области химер; среди химер оно могло существовать и подлежало отграничению только в том случае, если принимало крайние или опасные формы. Поэтому понятно, что местом, где безумие могло бы и должно было бы открываться в своем истинном виде, не могло быть искусственное пространство больницы. Первой среди подходящих терапевтических зон для него признавалась, будучи зримым обличьем истины, природа, способная рассеивать заблуждения и прогонять химеры. На этом основании врачи без колебаний рекомендовали безумцам путешествовать, отдыхать, прогуливаться, жить в уединении, в отрыве от рукотворного и суетного городского мира. Об этом вспоминал еще Эскироль, когда, рисуя проект психиатрической лечебницы, советовал делать каждый прогулочный двор открытым на сад. Другой терапевтической зоной выступал театр, природа наизнанку: больному разыгрывали спектакль его безумия, инсценировали его болезнь, придавали ей на время фиктивную реальность, посредством декораций и перевоплощений представляли дело так, словно безумие истинно, чтобы, угодив в западню, заблуждение открылось тому, кто был его

жертвой. Эта техника тоже не исчезла бесследно и в XIX веке: тот же Эскироль рекомендовал заводить против меланхоликов судебные дела, чтобы пробудить в них энергию и желание бороться.

Практика госпитализации в начале XIX века активизировалась тогда же, когда безумие стали воспринимать не столько в связке с заблуждением, сколько в соотнесении с правильным, нормальным поведением; когда оно стало рассматриваться уже не как искажение суждений, но как нарушение образа действий, воли, чувствования, принятия решений и распоряжения свободой; иными словами, когда его начали оценивать не по шкале «истина—заблуждение—сознание», а по шкале «страсть—воля—свобода», в эпоху Хофбауэра и Эскироля. «Существуют душевнобольные, бред которых почти незаметен; но нет таких, чьи чувства, душевные переживания не были бы приведены в беспорядок, извращены или подавлены... Ослабление бреда является достоверным признаком выздоровления лишь в том случае, если душевнобольной возвращается к своим прежним переживаниям».* В чем, собственно, заключается процесс выздоровления? В движении, по мере которого заблуждение рассеивается и вновь воцаряется истина? Отнюдь. Выздоровление — это «возврат душевных переживаний в их нормальные границы, к желанию встречаться с друзьями, детьми, к сентиментальным слезам, к потребности открыть свое сердце, снова оказаться в кругу семьи, вернуться к своим привычкам».**

Какая же роль в этом возвращении к обычному образу жизни отводилась психиатрической лечебнице? Прежде всего, разумеется, та же, которую выполняли в конце XVIII века больницы: способствовать выяснению истины душевной болезни, устранять все то, что в окружении больного способствует ее маскировке, замутнению, придает ей превратные формы; окружить эту истину заботой и выследить ее. Но будучи местом разоблачения, еще в большей мере больница, чаемая Эскиролем, является местом поединка: безумие, больная воля, извращенная страсть должны

* *Esquirol J. E. D.* De la folie [1816] // Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiènique et médico-légal. Paris: Baillière, 1838. T. I. P. 16 (rééd.: Paris: Éd. Frénésie, 1989).

** Ibid. P. 16.

встретиться там с твердой волей и ортодоксальными чувствами. Их встреча лицом к лицу, неизбежный и, собственно говоря, желаемый шок при этом нацелены на два следствия: во-первых, больная воля, которая вполне могла бы остаться нераскрытой, поскольку не выражалась ни в каком бреде, обнаружит свою болезнь в сопротивлении твердой воле врача; а во-вторых, завязавшаяся таким образом борьба при правильном ее ведении увенчается победой твердой воли, подчинением и укрощением воли больной. Перед нами процесс столкновения, борьбы и усмирения: «Нужно применять метод противодействия, сдерживать атаку контратакой... С иными больными нужно подчинить себе весь их характер, умерить их притязания, смирить их рвение, сбить с них спесь, тогда как других надо раззадорить, разбудить в них азарт».*

Так складывается весьма примечательная функция психиатрической больницы XIX века; будучи местом диагностики и классификации, ботанической оранжереей, в которой виды болезней распределены словно в большом огороде, она вместе с тем оказывается закрытым пространством борьбы, местом поединка, институциональным полем, в котором решается вопрос о победе и покорении. Главный врач лечебницы, будь то Лере, Шарко или Крепелин, был одновременно тем, кто произносит истину о болезни благодаря знанию о ней, которым он обладает, и тем, кто подчиняет ее реальности той властью, которую вершит над больным его воля. Все техники и процедуры, которые применялись в лечебницах XIX века, — изоляция, индивидуальный или публичный опрос, лечение-наказание наподобие душа, дидактические (воодушевляющие или предостерегающие) беседы, строгая дисциплина, обязательный труд, система вознаграждений, особые отношения врача с некоторыми больными, отношения вассалитета, собственности, прислуживания, а подчас и рабства между больным и его врачом, — все они способствовали наделению медицинского персонажа статусом «господина безумия», разоблачающего безумие в его истине (когда она прячется, когда она сокрыта и безмолвна) и покоряющего, усмиряющего и подавляющего безумие, перед тем расчетливо раззадорив его.

* Ibid. P. 132—133 (§ V. «Лечение безумия»).

Кратко подытожим. В пастерианской больнице функция «производства истины» неуклонно ослабевала; врач-производитель истины растворялся в структуре познания. И наоборот, в больнице Эскироля или Шарко функция «производства истины» гипертрофировалась, раздувалась вокруг фигуры врача, в рамках игры, имеющей своей целью сверхвласть врача. Шарко, кудесник истерии, является вместе с тем ярчайшим символом функционирования подобного типа.

Причем раздувание это имело место в эпоху, когда медицинская власть находила свои гарантии и обоснования в привилегиях, даваемых знанием: врач компетентен, врач знает болезни и больных, врач располагает научным знанием того же типа, что и знание химика или биолога; такова теперь опора его вмешательства и его решений. Власть, которую лечебница предоставляла психиатру, нуждалась в обосновании (и одновременно, как высшая сверхвласть, в маскировке) путем производства феноменов, интегрируемых в медицинскую науку. Нетрудно понять, почему техника гипноза и внушения, проблема симуляции, вопрос дифференциальной диагностики органических и психологических болезней столь долго (по меньшей мере с 1860-х по 1890-е годы) занимали центральное положение в психиатрических теории и практике. Точка совершенства, слишком уж граничащая с чудом, была достигнута, когда больные в отделении Шарко начали воспроизводить по команде медицинского знания-власти симптоматику, закрепленную за эпилепсией, то есть подлежащую прочтению, постижению и признанию в терминах органического заболевания.

Это стало решающим эпизодом в процессе перераспределения и постепенного совпадения двух функций лечебницы (выпытывания и производства истины, с одной стороны, и констатации и познания феноменов — с другой). Власть врача позволила ему отныне продуцировать реальность душевной болезни, которой свойственно изображать феномены, всецело доступные познанию. Истеричка была идеальной больной, потому что благоприятствовала познанию: она сама претворяла эффекты медицинской власти в формы, которые врач мог описать в приемлемом для науки дискурсе. Что же касается властного отношения, которое делало всю эту операцию возможной, то оно просто не могло быть застигнуто в своей определяющей роли, поскольку

ку — и в этом исключительная ценность истерии, ее безграничное смирение, подлинная эпистемологическая святость — больные сами перенимали его и брали на себя ответственность за него: в рамках их симптоматики оно представало как болезненная внушаемость. И с этого момента все разворачивалось в ясном свете познания, очищенного от всякой власти, в общении познающего субъекта и познаваемого объекта.

*

Гипотеза: кризис, а с ним и первые проблески психиатрии, начался, когда закралось подозрение, вскоре переросшее в уверенность, будто бы Шарко на самом деле намеренно вызывал те истерические припадки, которые затем описывал. И в этом до некоторой степени заключался эквивалент открытия Пастера, согласно которому врач переносит болезни, с которыми якобы борется.

Во всяком случае мне кажется, что все катаклизмы, сотрясавшие психиатрию с конца XIX века, затрагивали в первую очередь власть врача — его власть и действие этой власти на больного — куда больше, чем его знание и истинность его утверждений о болезни. От Бернхейма до Лэйнга и Базальи под вопросом всякий раз оказывалось именно то, каким образом за истинностью того, что говорит врач, скрывается его власть, и, обратно, каким образом эта истинность фабрикуется и компрометируется его властью. Купер говорил: «В центре нашей проблемы — насилие».* Базалья: «Характерной особенностью этих учреждений (школа, завод, больница) является резкое разделение на тех, кто обладает властью, и тех, кто ею не обладает».**

* *Cooper D.* Psychiatry and Antypsychiatry. Londres: Tavistosk Publications, 1967 (trad. fr.: *Cooper D.* Psychiatrie et antipsychiatric / Trad. M. Braudeau. Paris: Éd. du Seuil, 1970. P. 33 [глава I: «Насилие и психиатрия»]).

** *Basaglia F.*, ed. L'Instituzione negata. Rapporto da un ospedate psichiatrico // Nuovo Politechnico. Turin. Vol. 19. 1968 (trad. fr.: *Basaglia F.* Les institutions de la violence // Basaglia F. L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia / Trad. L. Bonalumi. Paris: Éd. du Seuil, 1970).

Все крупные реформы не только в психиатрической практике, но и в мысли сосредоточены вокруг этого властного отношения: все они суть попытки перенести, замаскировать, устранить, аннулировать его. Вся современная психиатрия в целом глубоко пронизана антипсихиатрией, если понимать последнюю как пересмотр функции психиатра, призванного некогда продуцировать истину болезни в больничном пространстве.

Можно поэтому говорить об антипсихиатриях, пронизывающих историю современной психиатрии. Но, вероятно, правильнее было бы тщательно разделить два совершенно различных с исторической, эпистемологической и политической точек зрения процесса.

Прежде всего, имело место движение «депсихиатризации», заявившее о себе сразу после Шарко. Оно было направлено отнюдь не на аннулирование власти врача, но на ее привязку к более точному знанию, на ее перенесение к другой точке приложения, на выработку новых мер для нее. Депсихиатризировать ментальную медицину, чтобы восстановить психиатрическую власть, которую неосмотрительность (или невежество) Шарко привело к необоснованному умножению болезней, ложных болезней, в ее оправданной эффективности.

1) Первая форма депсихиатризации возникла с трудами Бабински, который стал ее критическим героем. Не следует, — говорилось, — стремиться к театральному производству истины болезни, но нужно привести болезнь к ее строгой реальности, во многих случаях, возможно, сводящейся к способности поддаваться театрализации — к пифиатизму. В этом случае господство врача над больным не только ничуть не уменьшится, но, более того, найдет свою опору в приведении болезни к ее минимальной форме: к признакам, необходимым и достаточным для ее диагностики в качестве душевной болезни, и к техникам, необходимым, чтобы эти проявления устранить.

Речь шла в некотором смысле о пастеризации психиатрической лечебницы, о достижении в лечебнице того же упрощения, которое Пастер осуществил в больницах: непосредственной связи диагностики и терапевтики, познания природы болезни и устранения ее проявлений. Момент выпытывания, когда болезнь открывается в своей истине и приходит к своему разрешению, более не должен иметь места в медицинском процессе.

Лечебница может стать безмолвным пространством, где медицинская власть сохраняется в своей строжайшей форме, но не встречается и не сталкивается с безумием лицом к лицу. Назовем эту форму «асептической» и «асимптоматической» формой депсихиатризации, или «психиатрией нулевого производства». Двумя важнейшими ее видами стали психохирургия и фармакологическая психиатрия.

2) Вторая форма депсихиатризации, прямо противоположная первой, заключается в следующем. Производство безумия в его истине максимально интенсифицируется, но таким образом, чтобы властные отношения между врачом и больным неукоснительно инвестировались в это производство, были адекватными ему, не допускали его перехлестов, держали его под контролем. Основным условием этого сохранения «депсихиатризованной» медицинской власти является очистка больничного пространства от всех его собственных эффектов. Прежде всего надо избежать западни, в которую попали чудеса Шарко; не позволить смирению больных посмеяться над медицинской властью, удержать суверенную науку медика от попадания в те механизмы, которые она сама склонна невольно выстраивать в этом пространстве сговоров и таинственных коллективных знаний. Отсюда правила общения с глазу на глаз, свободного договора между врачом и больным, ограничения властных эффектов областью речи («Я прошу тебя лишь об одном: говори, но говори обо всем, о чем ты думаешь»), дискурсивной свободы («Ты больше не сможешь гордиться тем, что обманул своего врача, ибо теперь ты не будешь отвечать на поставленные вопросы; ты будешь говорить обо всем, что придет тебе в голову, даже не спрашивая, что думаю об этом я, и, пожелав обойти это правило и тем самым обмануть меня, ты на самом деле меня не обманешь, а сам попадешь в ловушку: помешав производству истины, ты просто увеличишь сумму, которую мне должен, еще на несколько сеансов»); отсюда, наконец, правило кушетки, согласно которому реальными признаются лишь эффекты, вызванные в установленном месте и в строго определенный час, когда только и действует власть врача — власть, предохраненная от всякого возвратного удара, будучи целиком погружена в тишину и невидимость.

Психоанализ, таким образом, может быть исторически прочтен как одна из влиятельных форм депсихиатризации, вызванных к жизни травмой Шарко: как уход за пределы больничного пространства с целью устранить парадоксальные побочные действия психиатрической сверхвласти и восстановление медицинской власти как производства истины в специально отведенной зоне, чтобы производство это всегда было адекватным власти. Понятие трансфера как важнейшего для лечения процесса — это попытка концептуального осмысления такой адекватности в форме познания; а денежная оплата лечения, монетарный эквивалент трансфера, — возможность гарантировать ее в реальности, не позволить производству истины оказаться контрвластью, могущей заманить в западню, аннулировать, повернуть вспять власть врача.

Двум этим основным формам депсихиатризации, равно направленным на сохранение власти, одна — поскольку она аннулирует производство истины, другая — поскольку она стремится привести производство истины и медицинскую власть к адекватности, — в свою очередь противостоит антипсихиатрия.

Она не стремится уйти за пределы больничного пространства, а, скорее, систематически разрушает его изнутри, передает самому больному власть производства своего безумия и его истины, а не пытается свести эту власть к нулю. В связи с этим, мне кажется, нетрудно понять, в чем смысловой центр антипсихиатрии, касающийся отнюдь не познавательной ценности психиатрической истины психиатрии (то есть не диагностической или терапевтической точности).

Сердцевиной антипсихиатрии является борьба с институцией, внутри институции и против нее. Когда в начале XIX века сформировались крупные больничные структуры, их необходимость оправдывали благостной гармонией между требованиями общественного порядка, направленными к защите от произвола безумцев, и терапевтическими критериями, диктовавшими изоляцию больных. Эскироль обосновывал изоляцию безумцев пятью основными причинами: нужно (1) обеспечить их личную безопасность и безопасность их семей; (2) оградить их от внешних воздействий; (3) подавить их личное сопротивление; (4) подчинить их медицинскому режиму; (5) приучить их к новым интеллектуальным и душевным привычкам. Как видим, все они касаются власти: подавить власть безумца, нейтрализовать

внешние власти, которые могут на него воздействовать; установить над ним власть терапевтики и дисциплины — так называемой «ортопедии». И именно институцию как место, как форму распределения и функционирования этих властных отношений атакует антипсихиатрия. За обоснованиями госпитализации, позволяющей в очищенном пространстве констатировать якобы то, что есть, и вмешиваться якобы там, тогда и так, как нужно, антипсихиатрия выявляет отношения господства, присущие институциональным связям: «Чистая власть врача, — говорит Базалья, подводя в XX веке итоги рекомендаций Эскироля, — возрастает столь же головокружительно, сколь ослабевает власть больного, который в силу одного того, что он госпитализирован, становится бесправным гражданином, отданным на откуп врачу и его санитарам, которые могут делать с ним все что хотят без опасений быть призванными к ответу».* Мне кажется, что различные формы антипсихиатрии можно разделить по их стратегиям в борьбе с этой игрой институциональной власти: одни уклоняются от нее путем двустороннего и свободно заключаемого договора сторон (Шац); другие выстраивают особое пространство, в котором эта игра прекращается, а ее рецидивы пресекаются (Кингсли-холл); третьи отслеживают один за другим аспекты этой игры и пытаются искоренить их в институции классического типа (Купер с его 21-м павильоном); четвертые ищут в ней связь с другими властными отношениями, предопределившими изоляцию индивида как душевнобольного еще до лечебницы (Базалья). Властные отношения составляли априори психиатрической практики: они обусловливали функционирование больничной институции, распределяли в ней взаимоотношения индивидов, диктовали формы медицинского вмешательства. И антипсихиатрический переворот заключается в том, что эти властные отношения помещаются в центр проблематики, ставятся под вопрос в первую очередь.

Между тем основной предпосылкой этих властных связей было абсолютное правовое преимущество не-безумия над безумием. Преимущество, которое выражалось в терминах знания, действующего на незнание, здравомыслия (доступа к реальности), устраняющего заблуждения (иллюзии, галлюцинации, фантазмы), нормальности, воцаряющейся над расстройством и отклонением. Эта тройственная власть и конституировала безумие в качестве объекта возможного познания для медицинской науки, в качестве болезни — притом, что «субъект», пораженный этой болезнью, сразу же дисквалифицировался как безумец, лишался всякой власти над своей болезнью и всякого знания о ней: «О твоих страданиях и о твоей непохожести на других мы знаем достаточно (так что ты можешь не сомневаться), чтобы распознать в них болезнь; а наши знания об этой болезни позволяют быть уверенными, что ты никоим образом не можешь действовать на нее или по отношению к ней. Наша наука позволяет нам считать твое безумие болезнью, а потому мы, врачи, призваны вмешаться и диагностировать у тебя безумие, не допускающее причисления тебя к обычным больным: таким образом, ты будешь душевнобольным». Эта игра власти, обосновывающей знание, которое в свою очередь предоставляет права на эту власть, характерна для «классической» психиатрии. И этот круг берется разорвать антипсихиатрия: она ставит перед индивидом задачу и дает ему право пойти в своем безумии до конца, довершить его в опыте, которому могут способствовать и другие, но только не от имени власти, якобы им врученной их разумом или нормальностью; она освобождает его поступки, страдания, желания от медицинского статуса, который придавался им ранее, очищает их от диагноза и симптоматики, означавших не просто классификацию, но принятое решение, приговор; и наконец, она развенчивает отождествление безумия с душевной болезнью, укреплявшееся с XVII века и завершенное в XX веке.

Демедикализация безумия коррелятивна этой постановке под вопрос власти в антипсихиатрической практике. Это позволяет оценить степень расхождения последней с «депсихиатризацией», характеризующей в равной степени психофармакологию и психоанализ, основанные скорее на сверхмедикализации безумия. И открывается проблема возможности отрыва безумия от той разновидности знания-власти, какою является познание. Может ли производство истины безумия осуществляться в формах, не сводящихся к формам познания? Воображаемая, казалось бы, проблема, совершенно утопический вопрос. Между тем пробле-

* *Basaglia F.*, ed. L'Instituzione negata. Rapporto da un ospedate psichiatrico. P. 11.

ма эта ежедневно поднимается на конкретном уровне, в связи с ролью врача — статусного субъекта познания — в деле депсихиатризации.

*

Семинар этого учебного года был посвящен поочередно двум темам: истории больничной институции и архитектуры лечебниц в XVIII веке и судебно-медицинской экспертизе в психиатрической области после 1820 года.

ЖАК ЛАГРАНЖ

КОНТЕКСТ КУРСА

Прочитанный между 7 ноября 1973 года и 6 февраля 1974 года курс лекций «Психиатрическая власть» поддерживает с предшествующими работами Мишеля Фуко парадоксальную связь. Он продолжает их, исходя, как говорит об этом сам Фуко в лекции от 7 ноября 1973 года, из пункта, в котором «завершилась или во всяком случае была прервана работа, предпринятая [...] ранее в „Истории безумия“». Действительно, эта книга подготавливала почву для дальнейших исследований, призванных восстановить «основополагающий, но исторически подвижный фон, обусловивший развитие понятийного аппарата от Эскироля и Бруссе до Жане и Фрейда».[1] Фуко подтверждает эти слова и в неопубликованном интервью Колину Гордону и Полу Паттону от 3 апреля 1978 года: «Когда я писал „Историю безумия“, эта работа представлялась мне первой частью или началом исследования, которое я продолжаю до сих пор».

Но вместе с тем курс отступает от направления предшествующих исследований, как свидетельствуют об этом рекомендации Мишеля Фуко обратить внимание на эти сдвиги и «отметить то, что рассмотрено теперь под иным углом и в более ясном свете».[2] Речь идет о «душевной болезни» в отличие от «ментальной медицины», которая изучалась в первых книгах Фу-

[1] *Foucault M.* Histoire de la folie á l'âge classique. 2 éd. Paris: Gallimard, 1972. P. 541.

[2] *Foucault M.* Dits et Écrits. 1954—1988 / Éd. par D. Defert & F. Ewald, collab. J. Lagrange. Paris: Gallimard, 1994. 4 vol. [далее: DE]. IV. N 338. P. 545 («Использование удовольствий и техники себя» [ноябрь 1983]).

ко:[3] так, в предисловии к первому изданию «Истории безумия» автор представляет свой труд как «историю не психиатрии, но самого безумия, в его собственной жизнеспособности, прежде его поимки знанием».[4] И хотя лекционный курс продолжает анализ, прерванный было в «Истории безумия», он продолжает его в иной перспективе, на новой территории и с помощью нового понятийного инструментария. В связи с этим возникает вопрос: что обусловило возможность и необходимость этих сдвигов? Чтобы ответить на него, нужно выяснить, как возник этот курс — не только в том, что касается концептуальной динамики, заставившей Фуко уделить важнейшее и стратегическое место власти и ее диспозитивам, но и в контексте поля проблем, с которыми психиатрия столкнулась в 1960-е годы и которые вывели на передний план вопрос о ее власти.

1. Задача курса

В первой лекции предполагалось избрать в качестве исходной точки современную ситуацию в психиатрии с точки зрения вклада, внесенного антипсихиатрией в пересмотр вопросов, связанных с «властными отношениями, [которые] определяли функционирование больничной институции и [...] диктовали формы медицинского вмешательства»,[5] и провести в свете настоящего ретроспективный анализ исторического формирования этого диспозитива власти. Такой подход к созданию истории психиатрии не является традиционным.[6] В отличие от попыток восстановить эволюцию понятий или доктрин, анализировать работу институтов, в которых осуществляет свое

[3] *Foucault M.* [1] Maladie mentale et Personnalité. Paris, Presses universitaires de France, 1954; [2] Maladie mentale et Psychologie. Version modifiée. Paris: Presses universitaires de France, 1962.

[4] *Foucault M.* [1] Folie et Déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon, 1961. P. VII (Введение); [2] DE. I. N 4. P. 164.

[5] *Foucault M.* DE. II. N 143. P. 685. См. также выше: с. 408.

[6] По отношению к исследованиям по истории психиатрии, как предшествующим курсу «Психиатрическая власть», так и последующим. Ср., в частности: *Ackernecht E. H.* A Short History of Psychiatry. New York: Hafner, 1968.

действие психиатрия, избранный Фуко метод построения истории психиатрического диспозитива стремится выявить ее силовые или, наоборот, критические линии, возможные точки сопротивления или наступления. Так, в отличие от ранних работ автора, речь более не идет о суде над психиатрией, обвиняемой в сокрытии за своими нозологическими абстракциями и каузалистским образом мысли подлинных условий ментальной патологии.[7] Фуко уже не стремится, как в «Истории безумия», понять, почему на определенном этапе истории наших отношений с безумцами их стали помещать в особые учреждения, предназначенные для ухода за ними. Теперь он берется поставить историю на службу выявления тайной преемственности, объединяющей наши нынешние диспозитивы с феноменами прошлого, связанными с той или иной системой власти, с целью уточнить цели борьбы: «В области психиатрии, — утверждал Фуко в мае 1973 года, — важно, как мне кажется, выяснить, каким образом психиатрическое знание и психиатрический институт установились в начале XIX века, [...] если сейчас мы хотим бороться со всеми инстанциями нормализации».[8] С этим и связана новизна проблематики курса. Ведь прежде, даже если подчас и рождалось подозрение, что свет медицинской истины оставался погружен в тень силовых отношений, выражавшихся в виде авторитета и господства,[9] оно не приводило к анали-

[7] Тогда как, например, в предисловии к переводу книги Л. Бинсвангера «Сновидение и существование» (*Binswanger L.* Le Rêve et l'Existence / Trad. J. Verdeaux. Paris: Desclée de Brouwer, 1954. P. 104) Фуко говорил о склонности психиатров «рассматривать болезнь как „объективный процесс", а больного — как инертную вещь, в которой этот процесс разворачивается». См. также: *Foucault M.* DE. I. P. 109.

[8] *Foucault M.* DE. II. N 139. P. 644 («Истина и юридические формы» [июнь 1974]). Ср. также интервью М. Фуко, записанное 8 октября 1976 г. на Радио-Франс под названием «Наказывать или лечить»: «Я считаю этот исторический анализ политически важным, поскольку необходимо четко определить то, с чем борешься».

[9] *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 606: «Медицинскому персонажу удается очертить безумие не потому, что он его знает, но потому, что он властен над ним; и то, что для позитивизма выразится в понятии объективности, есть лишь другая сторона, отражение этого господства».

зу тщательно разработанной и расчетливо иерархизированной власти, основополагающей для лечебницы. По поводу власти Фуко позднее признавался: «Я вполне сознаю, что практически не употреблял этого слова и не имел перед собой связанного с ним аналитического поля».[10]

Проблема психиатрической власти вышла на авансцену, несомненно, благодаря стечению двух обстоятельств: концептуальной динамики исследований самого Фуко и общей ситуации шестидесятых годов.

Осуществленный Фуко сдвиг выразился уже в том, что он переместил основной акцент на институциональное «насилие» и формы «господства», свойственные тому, что в курсе лекций в Коллеж де Франс за 1971/72 учебный год «Уголовные теории и институты» назвал «фундаментальными формами „знания-власти“».[11] Конечно, эта перестановка была связана с интересом к судебно-медицинским экспертизам — предмету проводившегося Фуко семинара, — которые привели его к необходимости понять, как и почему столь сомнительный при всех своих научных притязаниях дискурс повлек за собой столь впечатляющие властные эффекты в уголовной практике. Интерес этот особенно обостряли судебные процессы, имевшие широкий резонанс: дела Денизы Лаббе и Жака Альгаррона (1955), Жоржа Рапена (1960), упомянутые 8 января 1975 года в курсе «Ненормальные».[12] И внимание к проблемам тюрем также убеждало Фуко в том, что именно «в терминах технологии, тактики и стратегии» следует рассматривать проблему власти.[13] Но вместе с тем нужно было, чтобы в силу конъюнктуры вопрос о психиатрии уже не ставился в терминах теоретического обоснования, как

[10] *Foucault M.* DE. III. N 192. P. 146 (интервью А. Фонтана и П. Паскино [июнь 1976]).

[11] *Foucault M.* DE. II. N 115. P. 390 («Уголовные теории и институты» [1972]).

[12] *Foucault M.* Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974—1975 / Éd. s. dir. F. Ewald & A. Fontana, par V. Marchetti & A. Salomoni. Paris: Gallimard / Seuil, 1999. P. 16—20, 35, 143—144 (рус. пер.: *Фуко М.* Ненормальные. СПб.: Наука, 2004. С. 21—24, 38—39, 41—42, 190—191).

[13] *Foucault M.* DE. III. N 197. P. 229 («Властные отношения проникают в тело» [январь 1977]).

это было еще в 1950-е годы, когда, напоминает Фуко, «одной из центральных была проблема политического статуса науки и идеологических функций, проводником которых она может быть»,[14] но «просто-напросто выявлял этот фундаментальный устой — власть. Кто обладает властью? На кого она действует? Чего она добивается? Как она функционирует? Чему она служит? Каково ее место среди других властей?».[15]

Разумеется, первый ответ на послевоенный кризис психиатрии был, как минимум, столь же политическим, сколь и медицинским. Об этом свидетельствует «антиалиенистское» движение, начатое психиатром-коммунистом Люсьеном Боннафе, которое поставило себе целью «отвлечься наконец от комплекса „отчужденный/отчуждающий“, сформированного благодаря помощи науки об „умопомешательстве“ [...] по схеме, соответствующей принципам и обычаям социального строя, исключающего то, что ему мешает».[16]

Однако эти разоблачения алиенизма, его обвинения в сговоре с процедурами дискриминации и тенденциями к исключению не увенчались формулировкой вопроса о психиатрической «власти» как таковой. По нескольким причинам.

Прежде всего потому, что наследие войны подводило к постановке проблемы не столько психиатрической власти, сколько «нищеты психиатрии».[17] Кроме того, как указывает Мишель Фуко, потому что «психиатры, которые во Франции, в силу необходимости политического выбора были готовы подвергнуть пересмотру психиатрический аппарат [...], оказались в итоге блокированы политической ситуацией, которая, в общем, не допускала подъема этого вопроса по причине происходив-

[14] *Foucault M.* DE. III. N 192. P. 140.

[15] См. выше: Краткое содержание курса.

[16] *Bonnafé L.* Sources du désaliénisme // Bonnafé L. Désaliéner? Folie(s) et Société(s). Toulouse: Presses universitaires du Mirail / Privat, 1991. P. 221.

[17] См.: Misère de la psychiatrie. La vie asilaire. Attitudes de la société (Textes de malades, de médecins, d'un infirmier, dénonçant la vie asilaire chronicisante, la surpopulation, le règlement modèle de 1838) // Esprit. 20 année. Décembre 1952. Мишель Фуко упоминает этот «примечательный номер журнала „Esprit“» в кн.: *Foucault M.* Maladie mentale et Personnalité. P. 109. N 1.

шего в Советском Союзе».[18] И наконец, критика вполне могла сомневаться по поводу средств, используемых в психиатрической практике, вскрывать противоречия между тем, к чему психиатрический институт стремится, и тем, что он делает в действительности, но она оставалась сосредоточена на институциональном проекте и критериях, которые устанавливает он сам, предлагая новые, более мягкие и расходящиеся с «медицинской» моделью формы вмешательства, призывая к «другой психиатрии», если воспользоваться терминами Люсьена Боннафе и Тони Лене.[19] Этот пересмотр психиатрических практик не подошел к вопросу о «психиатрической власти» именно потому, несомненно, что ведшиеся им сражения не могли преодолеть рамки психиатрической корпорации и оборону медицинского корпуса психиатрических больниц, как это подчеркивает сам Фуко: «По причине статуса психиатров, в большинстве своем функционеров, вопрос пересмотра психиатрии для многих из них приобретал характер защиты их корпорации. Поэтому, при всех своих способностях, интересах, при всей своей открытости, позволявшей им видеть проблемы психиатрии, они заходили в тупик».[20] В таких условиях проблема власти поднималась лишь в искаженном виде — как корпоративная борьба корпуса врачей психиатрических больниц. По словам Фуко, психиатры

[18] Имеются в виду случаи принудительной госпитализации, наиболее известными среди которых являются дела генерала Григоренко, арестованного в феврале 1964 г. по обвинению в антисоветской деятельности и заключенного в московский Институт Сербского, и Владимира Борисова, заключенного в специальную психиатрическую больницу в Ленинграде (кампанию за его освобождение, ведшуюся Виктором Файнбергом, поддерживали западноевропейские интеллектуалы, в том числе Дэвид Купер и Мишель Фуко). Ср.: *Foucault M.* DE. III. N 209. P. 332—360 («Заключение, психиатрия, тюрьма» [октябрь 1977]). Также подвергался принудительному лечению (осенью 1971 г.) диссидент Владимир Буковский (ср.: *Boukovski W.* Une nouvelle maladie mentale en URSS: l'opposition. Paris: Le Seuil, 1971).

[19] *Laîné T.* Une psychiatrie différente pour la maladie à vivre // La Nouvelle Critique. N 59. Décembre 1972 (воспроизводится в изд.: *Laîné T.* Une psychiatrie différente pour la maladie à vivre / Éd. de la Nouvelle Critique. Avril 1973. P. 23—36).

[20] *Foucault M.* DE. IV. N 281. P. 61 (интервью Д. Тромбадори [1978]).

«противопоставляли себя медицине и администрации, не имея возможности быть независимыми от них».[21]

Поэтому требовалось вмешательство со стороны, некие события должны были поставить перед психиатрией вопрос о ее «власти». Эту задачу выполнил новый политический активизм, задавшийся после 1968 года вопросом о данной врачу власти определять умственное состояние человека и предложивший перейти к иной форме работы с безумием, отказавшись от психиатрических структур и идеологии. Заявили о себе частные, разрозненные, локальные очаги сопротивления, в которых Фуко видел «бунт порабощенных знаний», дисквалифицированных под предлогом слабой теоретической разработки и занимающих нижние иерархические ступени. В качестве примера можно привести движение молодых психиатров, корпоративные устремления которых были не столь явными и в большей степени определялись политическими убеждениями: в 1972 году они создали по образцу GIP (Группа информации о тюрьмах) организацию GIA (Группа информации о лечебницах), вскоре вступившую в контакт с «психиатризованными» с целью разоблачения скандалов, связанных с принудительной госпитализацией. Связи с «психиатризованными» выразились и в открытии газеты «Пострадавшие от психиатрии борются» («Psychiatrisés en lutte»), и в предоставлении слова работникам ментального здравоохранения и больным.[22] В ответ на конгресс психиатров и неврологов

[21] *Foucault M.* DE. II. N 163. P. 813 (интервью К. Божунга и Р. Лобо [ноябрь 1975]).

[22] С апреля 1970 г. выходил крайне левый журнал «Тетради безумия» («Cahiers pour la folie»), направленный против «классовой психиатрии», специальный номер которого за июнь 1973 г., озаглавленный «Ключи для Анри Колена», был посвящен службе надзора за трудными больными психиатрической больницы Виллежюиф. Журнал «Марж» посвятил номер за апрель-май 1970 г. «распаду психиатрии». В ноябре 1973 г. вышла брошюра под названием «Психиатрия: новое вместилище страха», а в декабре того же года — номер 0 журнала «Психиатрия и классовая борьба», представленного как «орган теоретической разработки [...] программы, способствующей росту революционного самосознания „социальных" трудящихся в солидарности с борьбой рабочего класса» (с. 1). О роли, сыгранной «молодыми психиатрами» см.: *Foucault M.* DE. IV. N 281. P. 60.

«Подготовка и роль санитаров в психиатрии» (Оксерр, сентябрь 1974) возникло движение санитаров, стремившихся уйти из-под власти медиков, которые обвинялись в культе своих практики и знания, и вернуть в свою работу социально-политические компоненты, маргинализированные психиатрическим истеблишментом. Так возникла Ассоциация подготовки и реализации Белой Книги психиатрических институций (AERLIP) и был выдвинут девиз ее контрконгресса: «Психиатрические санитары берут слово».[23] Усмотрев источник социальной легитимности «власти» психиатра в отсылке к «специальной компетенции», эти движения, получившие название «антипсихиатрических», взялись отвергнуть все посылы, сводящие сложность положения больного к технической проблеме, требующей вмешательства компетентных специалистов. Этот почин прозвучал в названии книги Роже Жанти: «Психиатрия должна быть создана (разрушена) всеми».[24]

Основываясь на опыте этих движений, Мишель Фуко заключал в июне 1973 года: «Значение антипсихиатрии состоит в том, что она ставит под вопрос принадлежащую медику власть решать, каково состояние умственного здоровья индивида».[25]

2. Регистр курса

Назначение «историко-политической» задачи, подразумевающей анализ условий формирования психиатрических знаний и практик с целью определения «стратегий борьбы», продиктовало смещение точек проблематизации. В самом деле, такой анализ остается труднодостижимым, пока исторический материал рассматривается с точки зрения некоего конститутивного «фона» или, как в «Душевной болезни и психологии», с точки зрения первоначального опыта некоего «истинного человека».[26] Если в «Истории безумия» Мишель Фуко предпринял переистолкование «прекрасной прямоты, ведущей рациональную мысль к анализу безумия как душевной болезни [...] по вертикальной шкале»,[27] то в лекционном курсе он оставляет эту воображаемую глубину, чтобы сосредоточиться на реальности поверхностных эффектов. И, следовательно, берется рассмотреть дискурсивные практики психиатрии на уровне их формирования: речь идет о «диспозитиве» власти, в котором переплетаются столь разнородные элементы, как дискурсы, формы лечения, административные меры и законы, регламентирующие установки, архитектурные планы и т. д.,[28] — то есть, скорее о проблеме «соседства», чем «основания». Поэтому анализ следует в своем стиле принципу «дисперсии», раз за разом разделяет знания и практики, стремясь выявить их компоненты, восстановить смежные с ними пространства и наметить их взаимные связи, дав тем самым «общий вид» привлеченной документальной массе.

3. Понятийный аппарат

Возобновление работы, предпринятой ранее в «Истории безумия», в новой оптике потребовало, конечно, и пересмотра ее понятийного инструментария. Во-первых, место форм «представления», которыми, по собственному признанию Фуко, оставалась ограничена «История безумия», заняла отсылка к «диспозитиву власти». И прежний стиль анализа, сосредоточенный на «своего рода представительном ядре»[29] — образе, который формировали о безумии, страхе, который оно вызывало, сопряженной с ним «близости смерти»[30] и т. д., — тоже уступил ме-

[23] Des infirmiers psychiatriques prennent la parole. Paris: Capédith, 1974.

[24] *Burton M. & Gentis R.* La psychiatrie doit être faite / défaite par tous. Paris: Maspero, 1973.

[25] *Foucault M.* DE. II. N 126. P. 433 («Мир — это большая лечебница» [июнь 1973]).

[26] *Foucault M.* Maladie mentale et Psychologie. P. 2.

[27] *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 2.

[28] *Foucault M.* DE. T. III. N 206. P. 299 («Ставка Мишеля Фуко» [июль 1977]). 3 апреля 1978 г., в неопубликованном интервью Полу Паттону и Колину Гордону, Фуко выразился так: «Предмет моего изучения — архитектура».

[29] См. выше: лекция от 7 ноября 1973 г. С. 14.

[30] *Foucault M.* Histoire de la folie. P. 26.

сто вниманию к «диспозитиву власти», в определенный момент приобретающему доминирующую стратегическую функцию.

Во-вторых, Фуко отказался от обращения к понятию «насилия», которое скрепляло анализ форм лечения во II и III частях «Истории безумия». В самом деле, коннотации этого понятия сделали его совершенно неприемлемым в рамках анализа отношений власти и тактик, составляющих психиатрическую практику. Подразумевая идею прямого принуждения, нерегулярного, нерефлексивного исполнения власти, оно неспособно отразить расчетливое, тщательно продуманное осуществление власти в лечебнице, для которого «насилие» является лишь крайним выражением. Кроме того, представляя власть как инстанцию сугубо негативных эффектов — исключения, притеснения, запрета, — это понятие не учитывает продуктивность психиатрической власти, тогда как она продуцирует дискурсы, формирует знания, доставляет удовольствия и т. д. Будучи пронизано, наконец, идеей дисбалансного соотношения сил, которое не позволяет другому делать что-либо помимо того, к чему он принужден, понятие насилия неспособно выявить сложность властных игр, очевидную, например, в «больших маневрах Сальпетриера, предпринятых истеричками против медицинской власти».[31]

[31] См. выше: лекция от 6 февраля 1974 г. С. 361—377. Мишель Фуко проводит различие между своей проблематикой и деятельностью английских и итальянских антипсихиатрических движений, которые, разоблачая «насилие», чинимое обществом в целом и психиатрией, в частности, выдвигали в качестве парадигматической фигуры «шизофреника», отказывающегося строить себя как «ложное я», как я-«душевнобольной», в соответствии с социальными требованиями, срывающего с обыденного насилия его маски и позволяющего, по выражению Р. Лэйнга, «лучам света проникнуть сквозь трещины нашего закрытого разума» (*Laing R.* The Politics of Experience and the Bird of Paradise. Londres: Tavistock Publications, 1967 [trad. fr.: *Laing R.* La Politique de l'expérience. Essai sur l'aliénation et L'oiseau de Paradis / Trad. Cl. Elsen. Paris: Stock, 1969. P. 89]). Ср. работы Дэвида Купера: *Cooper D.* [1] Psychiatry and Antipsychiatry. Londres: Tavistock Publications, 1967 (trad. fr.: *Cooper D.* Psychiatrie et Anti-psychiatrie / Trad. M. Braudeau. Paris: Le Seuil, 1970); [2] *Cooper D. & Laing R.* Reason and Violence. Londres: Tavistock Publications, 1964 (trad. fr.: *Cooper D. & Laing R.* Raison et Violence. Dix ans de la philosophie de Sartre [1950—1960] / Trad. J.-P. Cottereau, avant-propos de J.-P. Sartre. Paris: Payot,

И в-третьих, в лекционном курсе утратил значение основной референции больничный «институт»; Фуко обратился к «внешнему» ему пространству, связав его построение и функционирование с технологией власти, характерной для общества в целом. Таков еще один сдвиг по сравнению с «Историей безумия», в которой Фуко, по его собственным словам, искал «истории [...] психиатрического института» и связывал формирование психиатрического знания с процессом «институциализации» ментальной медицины.[32]

Этот сдвиг придает курсу «Психиатрическая власть» оригинальность и по отношению ко всем критическим движениям послевоенного времени, мишенью которых всякий раз становился именно больничный «институт», подлежащий реформе, преодолению или делегитимизации.

3.1. *Реформировать больничный институт.* После Второй мировой войны традиционная психиатрия, алиенистика, подверглась обвинениям в причастности к дискриминационным процедурам и практикам исключения; возникло движение за очищение психиатрического вмешательства от уз больничной структуры, прежде неизменно мыслившейся как сфера ухода и пространство изоляции, за преодоление ее застоя и обновление психиатрии как «деятельности, всецело подчиненной терапевтической перспективе».[33] Люсьен Боннафе вел свою критику под знаменем «постэскиролианства», обозначая так стремление превратить унаследованное психиатрами пространство сегрегации в подлинное терапевтическое орудие и ссылаясь на «мутацию основополагающей идеи института ухода [...], недвусмысленно, как мы знаем, сформулированной в 1822 году Эскиролем: „Дом душевнобольных является в руках искусного медика орудием

1972). Ср. также: *Basaglia F. et al.* L'Instituzione negata. Rapporto da un ospedate psichiatrico // Nuovo Politecnico. Turin, 1968. Vol. 19 (trad. fr.: *Basaglia F.* Les institutions de la violence // Basaglia F. et al. L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia / Trad. L. Bonalumi. Paris: Le Seuil, 1970).

[32] *Foucault M.* DE. III. N 216. P. 414 («Власть и знание» [декабрь 1977]).

[33] *Bonnafé L.* Le milieu hospitalière au point de vue psychothérapique, ou Théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique // La Raison. 1958. N 17. P. 7.

исцеления, наиболее могущественным средством терапевтической борьбы с душевными болезнями"».[34]

Утверждая «единство и неразделимость предупреждения, профилактики, лечения и реабилитации»,[35] это движение вместе с тем склонялось к постепенному отходу от больничного института, определенного законом от 30 июня 1838 года как почти исключительное место психиатрического вмешательства, считая его лишь одним из элементов диспозитива, напрямую связанного с сообществом людей.[36] Впрочем, это *aggiornamento** психиатрии не порывало с ее всегдашней целью: сформировать объект медицинского вмешательства из социальных поведений, квалифицируемых как «патологические», и выстроить диспозитивы, позволяющие вести терапевтическую деятельность. Так что, хотя движение и вскрывало противоречия между декларируемыми задачами института и тем, чего он добивается на деле, вопрос о психиатрической «власти» не поднимался, поскольку критика оставалась привязана к институциональному проекту и критериям, которые выдвигаются им самим.

3.2. *Преодолеть институт.* Если приверженцы «институциональной психотерапии» описанного типа все же соглашались с необходимостью учреждений, к которым были прикреплены, хотя и стремились к улучшению их использования в терапевтических целях, то сторонники «институциональной психотерапии» второго типа ратовали за радикальную трансформацию института ухода, исходя из разрыва, видевшегося им между психиатрией и психоанализом. По их мнению, психоанализ,

[34] *Bonnafé L.* De la doctrine post-esquirolienne. I. Problèmes généraux // L'Information psychiatrique. T. I. N 4. Avril 1960. P. 423. Ср. также: *Esquirol J. E. D.* Mémoires, statistiques et hygiéniques sur la folie. Préambule // Esquirol J. E. D. Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. T. II. Paris: Baillière, 1838. P. 398.

[35] *Bonnafé L.* Conclusions des journées psychiatriques de mars 1945 // L'Information psychiatrique. 22 année. N 2. Octobre 1945. P. 19.

[36] *Bonnafé L.* De la doctrine post-esquirolienne. II. Exemples appliqués // L'Information psychiatrique. T. I. N 5. Mai 1960. P. 580: «Сферой деятельности должна быть уже не лечебница, а город, на территории которого психиатр осуществлял бы свою функцию — охрану умственного здоровья».

* Обновление (*итал.*). — *Примеч. пер.*

разворачиваясь на совершенно иной сцене, подразумевая совершенно иные отношения между пациентом и терапевтом, предусматривая совершенно иной тип образования и распределения дискурсов, предоставлял ключ к проблемам больничной жизни и позволял вернуть структурам ухода их эффективность. Институт в данном случае должен был быть «преодолен» изнутри посредством своего рода коллективизации аналитических понятий: трансферы предполагалось сделать «институциональными»,[37] а фантазмы — именно «коллективными». Так, с опорой на логику бессознательного возникла «политическая» критика психиатрии, разоблачавшая как очаги сопротивления истине желания иерархические структуры институтов и социокультурные представления о душевной болезни, закрепощавшие как подвергавшихся уходу, так и осуществлявших его. Подобно тому, как для первой «институциональной психотерапии» образцом стала лечебница Сент-Альбан (департамент Лозер), участники второго движения сплотились вокруг клиники Ла Борд в Кур-Шеверни (департамент Луар-э-Шер), открытой в апреле 1953 года Жаном Ури и Феликсом Гваттари, — эталона аналитической «институциональной психотерапии» и основного центра ее распространения.[38]

Однако сосредоточившись на «внутреннем» институциональном, оказалось трудно взойти к тому, что, находясь за пределами института, определяет его организацию и функцию. Проблема общественного признания психиатрии в том виде, в каком она регламентирована законом, в соответствии с которым психиатр

[37] [a] *Torrubia A.* Analyse et interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle // Revue de psychothérapie institutionnelle. 1965. Vol. I. P. 83—90; [b] *Oury J.* [1] Dialectique du fantasme, du transfert et du passage à l'acte dans la psychothérapie institutionnelle // Cercle d'études psychiatriques. Paris: Laboratoire Specia, 1968/2; [2] Psychothérapie institutionnelle: transfert et espace du dire // L'Information psychiatrique. T. 59. N 3. Mars 1983. P. 413—423; [c] *Ayme J., Rappard Ph., Torrubia H.* Thérapeutique institutionnelle // Encyclopédie médico-psychiatrique. Psychiatrie. T. III. Octobre 1964. Col. 37—930. G. 10. P. 1—12.

[38] О клинике Ла Борд см. специальный номер журнала «Исследования», озаглавленный «Истории Ла Борд. Десять лет институциональной психотерапии клиники в Кур-Шеверни» (Recherches. N 21. Mars-avril 1976. P. 19).

берет на себя определенные функции, осуществляя данные ему обществом полномочия, оказалась растворена в сфере дискурсов и воображаемого. Так, Тоскелле прямо говорил, что «проблематика власти, какою она имеет место в учреждениях ухода, сама по себе, в поле речи, спонтанно артикулируется чаще всего как воображаемая проекция в коллективный дискурс, завязывающийся в учреждении такого рода».[39]

Аналогичное итальянское движение — хотя Франко Базалья (1924—1980) и оспаривал термин «антипсихиатрия»,[40] — критиковало больничный диспозитив с политической точки зрения, как место наиболее отчетливого проявления противоречий капиталистического общества. Возникшее в очень характерном контексте закона от 14 февраля 1904 года, возлагавшего ответственность за госпитализацию душевнобольных на полицию и магистратуры, а также плачевных условий их содержания, с которыми Базалья столкнулся в 1861 году будучи назначен директором психиатрической больницы в городке Горация близ Триеста, это течение приняло решительно революционный характер.[41] Отвергнув идею возможной реформы лечебницы по принципу «секторизации» или «терапевтических общин», который, по мнению итальянских критиков, восстанавливали в смягченной форме прежний диспозитив социального контроля,[42] они обратились к практикам, порывавшим со всеми институциональными механизмами, которые угрожали бы восстановлением отторжения, отрыва от социальной жизни тех, кто имеет дело с психиатрией. «Наше дело, — говорил Базалья, — может быть продолжено только в негативном направлении, подразумевающем деструкцию и преодоление, которые, не ограничиваясь рамками принудительно-пенитенциарной системы психиатрических институтов [...], распространялись бы также на насилие и исключение, свойственные всей социально-политической системе».[43] Стремясь к деинституциализации содержания больных, итальянское движение пропагандировало поручение руководства клиниками непрофессионалам и союз с левыми политическими и корпоративными силами, закрепленный в 1974 году созданием организации «Psichiatrica Democratica».*

Однако наибольший резонанс во Франции имело английское «антипсихиатрическое» движение, связанное с работами Дэвида Купера (1931—1989), Аарона Эстерсона и Рональда Лэйнга (1927—1989) о шизофрениках и их семейном окружении.[44] Полу-

[39] *Tosquellès F.* La problématique du pouvoir dans les collectifs de soins psychiatriques // La Nef. 28 année. N 42. Janvier-mars 1971. P. 98.

[40] «Лично я не принимаю ярлык антипсихиатра», — заявил он, выступая в университете Венсенн 5 февраля 1971 г. (по личным записям Ж. Лагранжа).

[41] Ср.: *Basaglia F.*, ed. [1] Che cosè la psychiatria? Turin, Einaudi, 1973 (Trad. fr.: *Basaglia F.*, éd. Qu'est-ce que la psychiatrie? / Trad. R. Maggiori. Paris, Presses universitaires de France, 1977); [2] L'Instituzione negata. Rapporto da un ospedate psichiatrico; [3] Le rapport de Trieste // Pratiques de la folie. Pratiques et folie. Paris: Éd. Solin, 1981. P. 5—70. Об итальянском движении см.: [a] *Jervis G.* Il Mito dell'Antipsychiatria // Quaderni Piacentini. N 60—61. Octobre 1976 (Trad. fr.: *Jervis G.* Le Mythe de l'antipsychiatrie / Trad. B. De Fréminville. Paris: Éd. Solin, 1977); [b] *Castel R.* La ville natale de «Marco Cavallo», emblème de l'antipsychiatrie // Critique. N 435—436. Août-septembre 1983. P. 628—636. Шире об антипсихиатрических движениях Европы см. также: Réseau. Alternative à la psychiatrie. Collectif international. Paris: Union général d'Édition, 1977.

[42] *Basaglia F.* L'assistance psychiatrique comme problème antiinstitutionnelle: une expérience italienne // L'Information psychiatrique. Vol. 47. N 2. Février 1971: «Терпимый институт, другое обличье жестокого института, продолжает осуществлять свою всегдашнюю функцию, никак не изменившись ни в своих стратегическом и структурном значениях, ни в том, что касается властных отношений, на которых он основан».

[43] *Basaglia F.* Les institutions de la violence // L'Institution en négation. P. 137.

* «Демократическая психиатрия» (*итал.*). — *Примеч. пер.*

[44] Труды английских антипсихиатров стали переводиться и распространяться во Франции после коллоквиума, организованного осенью 1967 г. в Париже Федерацией групп институциональных исследований. Ср.: [a] *Castel R.* La Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris: Éd. de Minuit, 1981. P. 19—33; [b] *Postel J. & Allen D. F.* History and Anti-psychiatry in France // Micale M. & Porter R., eds. Discovering the History of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1994. P. 384—414; [c] *Recherches.* T. II. Décembre 1968. P. 48—50, 51—57 (специальный номер, в котором опубликованы тексты Д. Купера «Душевная болезнь и социальное отчуждение» и Р. Лэйнга «Меганойя. Из экспериментов в Кингсли-холле»).

чив от Купера наименование «антипсихиатрия»,[45] это движение выступило в 1960-е годы с радикальной критикой психиатрии и ее институционального и символического насилия. В самом деле, насилие трактовалось им не только в физическом смысле, как принудительная госпитализация, но и как воздействие аналитической рациональности, которая с помощью своих нозологических категорий представляет как «душевную болезнь», требующую специальной компетенции и передачи больного под институциональную опеку, попытки субъекта ответить на угнетение, жертвой которого он является с рождения и которое продолжается силами институтов, делегируемых обществом, — семьи, школы, работы и т. д. И поскольку психиатрическая институция подвергает «насилию» этот «опыт» субъекта, который тому требуется довести до крайних пределов, чтобы получить шанс выйти из него «измененным», — Лэйнг характеризует этот процесс с помощью евангельского слова «претворение», термина *метанойи*, — ее пространство нужно демедикализировать, очистить от действующих в нем властных отношений. «Вместо психиатрических больниц, этих перерабатывающих заводов, мы нуждаемся в таких местах, где люди, зашедшие в своем странствии дальше, чем психиатры, и считающие себя умственно здоровыми, имели бы возможность пойти еще дальше во внутреннем пространстве и времени — и вернуться оттуда».[46] В апреле 1965 года Купер, Эстерсон и Лэйнг создали Филадельфийскую ассоциацию, призванную «открывать места для приема людей, страдающих или страдавших душевными болезнями» и «изменить само представление об „умственном здоровье“ и „душевной болезни“».[47]

[45] *Cooper D.* Psychiatrie et Anti-psychiatrie. P. 9: «Более радикальный пересмотр дисциплины привел некоторых из нас к выдвижению концепций и процедур, которые кажутся совершенно противоположными традиционным концепциям и процедурам и которые как раз и могут рассматриваться как зачатки антипсихиатрии».

[46] *Laing R. D.* La Politique de l'expérience... P. 88.

[47] Из отчета о деятельности Филадельфийской ассоциации (1965—1967), цитируемого в статье Ж. Байона «Введение в антипсихиатрию» (*Baillon G.* Introduction à l'antipsychiatrie // La Nef. 28 année. N 42. Janvier-mai 1971. P. 23). Вероятно, знакомство с этими текстами объясняет слова из выступления Фуко «История безумия и

*

Хотя описанные критические течения послевоенного времени тоже избрали в качестве точки проблематизации психиатрический институт, лекционный курс Мишеля Фуко расходится с ними, полагая в принципе, что «прежде институтов следует рассматривать силовые отношения в рамках тех тактических диспозиций, которые пронизывают собой эти институты».[48] В самом деле, понятие института имеет ряд недостатков, таит в себе «опасности», на которые Фуко указывает не раз. Во-первых, рассмотрение проблем психиатрии сквозь призму этого понятия заставляет оперировать уже сформировавшимися, готовыми объектами: коллективом с его функциональными закономерностями, входящим в них индивидом и т. д., тогда как важно подвергнуть анализу также процедуры их формирования на уровне диспозитивов власти и процессов индивидуализации, которые эти диспозитивы подразумевают. Во-вторых, сосредоточение на институциональном микрокосме угрожает пренебрежением к стратегиям, за счет которых он утверждается, в которых он черпает свои эффекты, и «растворением в нем всех психологических или социологических дискурсов», как говорит

антипсихиатрия» на коллоквиуме «Следует ли изолировать психиатров?», организованном 9 мая 1973 г. в Монреале А. Ф. Элленберже (о котором Фуко вспоминает в интервью Стивену Риггинсу [*Foucault M.* DE. IV. N 336. P. 536—537]): «В той антипсихиатрии, которую практикуют Лэйнг и Купер, центральное место занимает демедикализация пространства, в котором осуществляется безумие. Следовательно, это антипсихиатрия, которой аннулируется отношение власти. Эта демедикализация подразумевает не только институциональную реорганизацию психиатрических учреждений; речь, несомненно, идет о чем-то большем, нежели просто эпистемологический поворот и даже, возможно, чем политическая революция; говорить следует об этнологическом разрыве. Не просто, может быть, наша экономическая система, не просто нынешняя форма рационализма, но вся наша необозримая общественная рациональность, какою она сформировалась со времен древних греков, — вот что не в состоянии вынести сегодня, в самом сердце нашего общества, опыт безумия, это неподконтрольное медицинской власти открытие истины» (Стенограмма. С. 19).

[48] См. выше: лекция от 7 ноября 1973 г. С. 29.

Фуко. Сравним, к примеру, проблематику курса с вопросами, рассматривающимися в книге Ирвинга Гофмана «Приюты», неоднократно выделяемой Фуко.[49] Разумеется, заслугой автора можно считать то, что он избегает медицинских рационализаций, «деспецифицируя», так сказать, психиатрический институт, помещая его в один ряд с другими структурами (школой, тюрьмой и т. д.) при помощи понятия *total institution* (здесь: тоталитарный институт), характеризующего учреждения, предназначенные для охранения индивидов и контроля над их образом жизни. Однако этот квазиэтнографический подход к больничному институту имеет свои ограничения. Так, принимая его в качестве автономной «целостности», чтобы затем включить в общий ряд институтов, Гофман упускает из виду то, что лечебница является ответом на историческую проблематику, имеющую свою эволюцию. В итоге суть конститутивной для больничного пространства отгороженности мыслится в статичной форме, при помощи таких бинарных оппозиций, как внутреннее/внешнее, находится в заключении/выходить и т. п., указывающих барьеры, которыми тоталитарные институты «преграждают процессы социального обмена с внешним миром [...] и которые зачастую конкретизируются в материальных препятствиях: дверях с запорами, высоких стенах и т. д.».[50] Но стоит взять вместо этого образа «закрытого» пространства идею «замкнутой зоны столкновения, места поединка, институционального поля, в котором решается вопрос победы и подчинения»,[51] и больничная изоляция приобретает новое измерение. Эта «замкнутая» среда предстает тем, чем и является на деле, — местом, активно отгораживаемым, то есть отвоевываемым у старых форм опеки вследствие исторических процессов, определяющих безумца как того, кто остраняется не столько по отношению к семье, сколько в рамках некоторого технико-административного поля. Фуко подчеркивает это в лекции от 5 декабря 1973 года: «Безумец, прежде бывший индивидом, способным подорвать права, владения, привилегии своей семьи, становится отныне [...] опасностью для общества». Кроме того, иной характер приобретает и центральное место психиатра, подчеркиваемое и Гофманом: психиатр отличается от больного не тем, что он свободен; его характеризует то, что он вмешивается как посланник внешнего мира, уполномоченный насаждать в лечебнице общественные нормы. Он — «это тот, кто призван придать реальному принудительную силу, с помощью которой оно сможет овладеть безумием, пронизать его насквозь и уничтожить как таковое».[52]

Если Гофман сосредоточен на проблеме, поднимаемой самим институтом и его функционированием, то Фуко в лекционном курсе задается вопросом о том, каким образом определенная техника власти, сопряженная с социальными и политическими структурами, делает возможной «рационализацию управления индивидом».[53]

Этим объясняется оригинальность археологии психиатрического института, которая ведет нас в промежутке от Георга III до Шарко от одной эффектной паноптической сцены к другой, показывая операции и процедуры, образующие эту «микрофизику» власти, и проницая массивные стены лечебницы. По поводу этих «сцен» подготовительная рукопись Фуко к лекции от 14 ноября 1973 года уточняет, что под этим термином следует «понимать не театральный эпизод, но ритуал, стратегию, поединок»; эти сцены, будучи включены в аналитическую работу как разрозненные части зеркала, собирают теоретические импликации, вводимые рассуждением, в единую картину.

Такое рассмотрение психиатрического диспозитива в связке с механизмами власти подтачивает самую сердцевину психиатрии, откуда берут начало ее теоретические и практические

[49] *Goffman E.* Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday, 1961 (Trad. fr.: *Goffman E.* Asiles. Études sur la condition sociale des maladies mentaux et autres reclus / Trad. L. et Cl. Laôné, preface de R. Castel. Paris, Éd. de Minuit, 1968). Ср.: *Foucault M.* [1] DE. II. N 139. P. 611—612 («Истина и юридические формы» [июнь 1974]); [2] DE. III. N 272. P. 802—803 (интервью М. Диллону [октябрь 1979]); [3] DE. IV. N 280. P. 38 («Фуко изучает смысл государства» [весна 1980]); N 310. P. 277 («Пространство, знание и власть», интервью П. Рабинову [март 1982]).

[50] *Goffman E.* Asiles. P. 46.

[51] *Foucault M.* DE. II. N 143. P. 679.

[52] См. выше: лекция от 12 декабря 1973 г. С. 157.

[53] *Foucault M.* DE. IV. N 280. P. 38 (интервью М. Диллону [1980]).

завоевания, — ее притязание на специфичность. Действительно, от утверждения психиатрии как «специальной медицины», подразумевающей «специальные учреждения», «специализированных» врачей-алиенистов, «специальное» законодательство (закон от 30 июня 1830 года), и до послевоенных инициатив реформирования ее институциональных структур эта идея «специфичности» ментальной медицины была силовой линией, вокруг которой, так сказать, собиралось все наиболее важное в этой дисциплине.[54]

4. Точки проблематизации

Таким образом, анализ психиатрического диспозитива развивается Мишелем Фуко согласно трем осям: оси власти — поскольку психиатрия определяет себя в качестве субъекта, воздействующего на других; оси истины — поскольку душевнобольной полагается как объект знания; оси субъективации — поскольку субъект призван усвоить предписываемые ему нормы.

4.1. *Власть.* Определившаяся в шестидесятые годы в рамках проблематики знания-власти, эта ось вносит смещение в предшествующую оптику Фуко. Его ранние тексты в общем и целом обращались к психиатрии с вопросом: «То, что вы говорите, истинно? Представьте же права на вашу истину!». Теперь Фуко спрашивает иначе: «Представьте права на вашу власть! На каком основании вы ее вершите? Во имя чего? С какими целями?». Дело касается «власти», а не «насилия», как это было в предшествующих работах. Одновременно меняется и парадигматическая фигура, с которой соотносилась критика английских «антипсихиатров», сосредоточенная на вопросе о «насилии»

[54] Как свидетельствует об этом, например, борьба Анри Эя (1900—1977) за сохранение «специфичности» психиатрии по отношению к психоанализу, биологическим и социополитическим исследованиям или выход сборника текстов под именно таким названием: «Специфичность психиатрии» (Spécificité de la psychiatrie / Éd. par F. Caroli. Paris: Masson, 1980).

всего общества, и в частности психиатрии:[55] речь идет о шизофренике, который, отказываясь строить себя как «ложное я», как я-«душевнобольной», в соответствии с социальными требованиями срывает с обыденного насилия его маски и позволяет, по выражению Лэйнга, «лучам света проникнуть сквозь трещины нашего закрытого разума».[56]

Когда же психиатрический диспозитив рассматривается в соотнесении с организующими его властными механизмами, парадигматический статус воинственной изнанки психиатрической власти приобретает истеричка, заманившая Шарко, «носителя строжайшего медицинского знания [...], в ловушку обмана».[57] Мишель Фуко называет истеричку в лекции от 23 января 1974 года первым «бойцом антипсихиатрического фронта», поскольку своими «маневрами» она поставила под сомнение роль врача как «производителя истины болезни в больничном пространстве».[58] Об этом же Фуко говорит и в своем выступлении на коллоквиуме, организованном в мае 1973 года Анри Элленберже: «Век антипсихиатрии начался, когда возникло подозрение, а в скором времени и уверенность в том, что Шарко, этот искусный укротитель безумия, способный вызывать и прогонять его, на самом деле не продуцировал истину болезни, но демонстрировал ее подделку».[59]

Надо отметить, что власть, которой посвящен лекционный курс, имеет двойственный характер. Ее точкой приложения являются в конечном счете телá: их распределение в больничном пространстве, их манеры поведения, их потребности и удовольствия; иными словами, власть, которая «отслеживает все проявления своеобразной микрофизики тела». В то же время властные отношения, устанавливающиеся между психиатром и его пациентом, по самой сути своей нестабильны, они состоят из

[55] *Cooper D.* Psychiatrie et Anti-psychiatrie. P. 33: «Поскольку психиатрия отражает интересы, истинные или мнимые, нормальных людей, мы можем констатировать, что насилие в психиатрии — это на самом деле насилие самой психиатрии».

[56] *Laing R. D.* La Politique de l'expérience... P. 89.

[57] См. выше: лекция от 6 февраля 1974 г. С. 377.

[58] *Foucault M.* DE. II. N 143. P. 681.

[59] Выступление носило название «История безумия и антипсихиатрия» (см. выше: примеч. 47); с некоторыми изменениями воспроизводится в кн.: *Foucault M.* DE. II. N 143. P. 681.

поединков и столкновений и всегда отмечены очагами сопротивления. Таковы, например, те «контрманевры», с помощью которых истерички подрывали власть Шарко, уклоняясь от категоризации с его стороны и тем самым расшатывая диспозитив медицинского знания-власти, ведя его, по словам Мишеля Фуко, к «кризису, с которого и началась антипсихиатрия».[60]

4.2. *Знание и истина.* Как указывает Фуко в лекции от 5 декабря 1973 года, «лечебница как дисциплинарная система является также местом формирования особого рода дискурса истины». В связи с этим он анализирует различные способы сочленения диспозитивов власти и процессов истины. Так, в «протопсихиатрии» их игра сосредоточивалась вокруг бредовой убежденности и следовала режиму «выпытывания», в рамках которого врач выступал двойственным наставником реальности и истины; иного рода игра завязалась, когда вопрос об истине перестал затрагиваться в общении врача и больного, чтобы подниматься исключительно внутри самой психиатрической власти, провозглашенной медицинской наукой. Анализ такого типа, очевидно, привлекает истину не столько как внутреннее свойство высказываний, сколько с точки зрения ее функциональности, в перспективе легитимации, предоставляемой ею дискурсам и практикам, посредством которых психиатрическая власть организует свое исполнение, а также допускаемой ею формы исключения.

4.3. *Подчинение.* Терапевт, который работает с индивидом, подлежащим лечению, извне и одновременно прибегает к процедурам, позволяющим обнаружить внутреннюю сторону его субъективности, — к опросу, анамнезу и т. п., — ставит субъекта перед необходимостью усвоить предписываемые ему инструкции и нормы. Эта проблема рассматривается Фуко в лекции от 21 ноября 1973 года с точки зрения различных форм подчинения, представляющих субъекта как сложную и переменную «функцию» режимов истины и дискурсивных практик.

Лекционный курс «Психиатрическая власть», задуманный как продолжение на новых основаниях «Истории безумия», в дальнейшем не получил развития. Обстоятельства времени заставили Мишеля Фуко предпочесть «нагроможденью слов», как выражается он сам, участие в реальных действиях. Так, уже в 1972 году он признавал, что «писать сейчас продолжение „Истории безумия“, которое доходило бы до наших дней, не кажется мне интересным. Напротив, я вижу смысл в конкретной политической деятельности в защиту заключенных тюрем».[61] Впрочем, одновременно Фуко работал и над книгой «Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы», вышедшей в феврале 1975 года в коллекции «Историческая библиотека» издательства «Галлимар».

[60] *Foucault M.* DE. II. N 143. P. 681.

[61] *Foucault M.* DE. II. N 105. P. 301 (интервью Н. Мейенбергу [март 1972]).

Указатель имен

Августин Аврелий, св. 109
Азам П. 346
Александр IV, папа Римский 299
Альгаррон Ж. 416
Альтюссер Л. 33
Анна Австрийская, королева Франции 200
Аристотель 8
Ауэнбрюггер Л. 378

Бабински Ж. Ф. Ф. 168, 377, 393, 394, 405
Базалья Ф. 404, 408, 423, 426, 427
Байарже Ж. 231, 314, 337, 338, 343, 358, 381, 382, 383, 387
Байон Ж. 428
Балар А. Ж. 340
Балле Ж. 272
Баллен П. 341
Бальве П. 78, 229
Бариу Ж.-П. 113
Баркер Д. 302
Барнс М. 34, 47, 55
Бейль А. Л. Ж. 166, 167, 308, 313, 314, 337, 358, 382
Бейль Г. Л. 232, 233
Беккариа К. 31
Беллок И. 184, 201, 224
Бельом Ж. Э. 239, 240, 260, 262, 263
Бенедикт Нурсийский, св. 108, 109
Бентам И. 57, 79, 82, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 112, 113, 115, 125, 126, 129
Берийон Э. 346
Берк Д. 47, 48, 55
Бернар К. 168, 327, 341
Бернхейм И. 369, 371, 390, 391, 404
Бертран А. 296
Бертье П. 123, 141, 142
Бесби 112
Бертольд Калабрийский, св. 110
Бине А. 80, 81
Бини Л. 227
Бинсвангер Л. 415
Биша́ М. Ф. К. 232, 350, 351, 354, 356, 377, 378, 399
Бланш Э. 133, 136, 137, 147, 198
Божунга К. 418
Боннафе Л. 78, 310, 417, 418, 423, 424
Бонфуа К. 113, 297
Борде Т. 303
Борисов В. 418
Борромео К. 223

Браун Л. 300
Брейд Д. 333, 334, 345, 346
Бриан М. 267
Бриер де Буамон А. 133, 136, 137, 138, 142, 146, 147, 199
Брике П. 392
Брока́ П. 333, 334, 346, 349, 352, 353, 355, 378, 379, 380
Бруардель П. 392
Бруссе Ф. 398, 413
Буассье де Соваж Ф. 261, 262
Буковский В. К. 418
Бургав Г. 303
Бурнвиль Д. М. 168, 234, 252, 253, 254, 255, 261, 262, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 372, 392, 393
Буске, д-р 343
Бю С. де 111
Бюрле Ж. 8

Ван Эльмон Ж.-Б. 196
Вельпо А. А. Л. М. 347
Винсент де Поль, св. 225
Вуазен О. 145, 339
Вуазен Ф. 167, 246, 248, 256, 264, 266, 267, 270, 309
Вюйемен Ж. 5

Гален 285, 305, 306
Гаспарен А.-Э.-П. 53
Гастальди Ж. 226
Гваттари Ф. 107, 425
Гельвеций К.-А. 98, 113
Георг III, король Англии 34, 35, 36, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 57, 58, 431
Герен, г-жа 265
Гизо Ф.-П.-Г. 247
Гийемо К. 388
Гийере 145
Гиллен Ж. 225, 360, 384
Гиппократ 282, 283, 285, 301, 303, 304, 305
Гислен Ж. 45, 54, 141, 145, 196, 197, 198, 199, 227
Гоббс Т. 76
Гонорий III, папа Римский 109
Гордон К. 413, 421
Госсере, д-р 145
Гофман И. 429, 430, 431
Григоренко П. 417
Григорий IX, папа Римский 299
Гризингер В. 227, 337, 340, 382
Гроот Г. 79, 86
Гузман Д. де 109
Гуссерль Э. 297

Давен А. Ж. Б. 264, 265, 267, 268, 270
Дакен Ж. 132, 146, 197, 260, 262
Даламбер Ж.-Л. 303
Дамьен Р.-Ф. 145
Дарвин Ч.-Р. 146, 258, 271
Дарвин Э. 198
Дежерин Ж.-Ж. 339, 384
Декарт Р. 43, 53, 155, 165, 330, 343
Делазьов Л. 387
Деле Ж.-Б. 167, 308, 381
Дельсо П.-Ж. 231
Деметц Ф.-О. 114
Деррида Ж. 343
Детьен М. 298
Дефер Д. 5, 10, 54, 111, 298, 413
Дидро Д. 303
Диллон М. 430, 431
Дутребант Ж. 339
Дюбуа д'Амьен Ф. 345, 382
Дюбюиссон Ж.-Б. Т. Ж. 238, 245, 262, 263
Дюпоте де Сенневуа Ж. 169, 295, 296, 345

Дюпре 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 196, 338
Дюран де Гро Ж. 334, 347
Дюшен де Булонь Г.-Б.-А. 336, 347, 348, 349, 352, 353, 364, 365, 376, 378, 379, 380

Жане П. 413
Жанти Р. 420
Жерди П.-Н. 382
Жирар де Кайё А. 123, 142, 182, 201, 206, 212, 228, 229
Жироди Ш.-Ф.-С. 226, 231
Жорже Э.-Ж. 32, 43, 45, 54, 161, 167, 168, 169, 175, 199, 227, 260, 262, 263, 264, 298, 309, 332, 333, 344, 381, 392

Иннокентий IV, папа Римский 110, 299
Ипполит Ж. 5
Итар Ж. М. Г. 246, 264, 265, 309

Каллен У. 260, 261, 383
Кальмей Л. Ф. 263, 308, 381
Кангилем Ж. 236, 259
Кант И. 341, 342
Канторович Э. 63, 79, 113
Кастель Р. 32, 53, 107, 234, 269, 309, 426, 430
Кеплер И. 163
Кокс Д. М. 34, 49, 55, 154, 155, 157, 158, 163, 165, 198
Кондильяк Э.-Б. де 98, 113
Конолли Д. 144
Коперник Н. 163, 164
Корвизар Ж.-Н. 378
Кошен Ж.-Д.-М. 268
Крепелин Э. 402
Кульмье Ф. де 226
Купер Д. 404, 408, 422, 427, 428, 432

Лаббе Д. 416
Лабитт Г. 164, 165
Лагранж Ж. 5, 8, 54, 111, 140, 166, 261, 262, 298, 302, 305, 383, 413, 426
Ламбаль, принцесса де 147
Ламетри Ж.-О. де ла 303, 387
Ландре-Бове О.-Ж. 344
Лафонтен Ш. 345
Лаэннек Р.-Т. 232, 233, 350, 351, 354, 356, 377, 378
Леба Ф. 112
Леблан С. 225
Леборнь 379
Леви Ж.-Ф. 298, 299
Ле Гийан Л. 310
Легран дю Соль А. 140, 196, 388
Ле Ложе 391
Лелю Л.-Ф. 263, 382
Лене Т. 418
Ле Помье К. С. 259
Лере Ф. 32, 47, 54, 130, 141, 146, 147, 154, 165, 170, 171, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 206, 207, 210, 215, 223, 224, 226, 249, 263, 308, 325, 339, 340, 402
Ле Филиатр Г. 337
Ли Х. Ч. 110, 299, 300
Либиг Ю. 295
Литтре Э. 301, 383
Лобо Р. 418
Лодоис Бриффо Ж.-Б. 381
Лойола И. 109, 223
Лонже Ф. 381

Лэйнг Р. 404, 422, 427, 428, 433
Любимов А. 260
Людовик XIII, король Франции 225

Мажанди Ф. 378
Максвелл Д. 164
Манури, вдова Бруйар, по прозвищу Гульфик 162, 168, 333, 345
Маньян В. 145, 270, 271, 382
Мари П. 380, 390
Мариво П.-К. Шамблен де 99, 113
Марк Ш.-К.-А. 266, 309, 310, 340
Медуна Л. фон 227
Мейенберг Н. 434
Миньон А. 310
Мишеа К. 196, 338, 382
Молем Р. де 108
Мольер (Ж.-Б. Поклен) 305
Монтеггиа Д.-Б. 340
Морель Б.-О. 144, 228, 258, 271, 325, 339, 341
Моро де Тур Ж.-Ж. 196, 231, 295, 312, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 338, 339, 341, 343, 344, 381, 382
Моро де Тур П. 259
Мур С. 337
Мюллер Ш. 52

Надо М. 388
Ницше Ф. 8
Ногучи Х. 337
Ньютон И. 98

Осман Ж.-Э. 200, 228, 230
Павел III, папа Римский 109
Парацельс (Ф.-А.-Т.-Б. фон Гогенгейм) 300
Паризе 189
Парменид 296
Паршапп де Вине Ж.-Б. 212, 228, 234, 248, 268, 382
Паскино П. 416
Пастер Л. 399, 400, 404, 405
Пастернак Б. Л. 53
Пасторе, маркиз де 268
Паттон П. 413, 421
Перро М. 113
Пети М.-А. 232
Петижан Ж. 6, 7
Петронилла 162, 168, 332, 333, 345
Пинель Ж.-П.-К. 133, 146
Пинель С. 52
Пинель Ф. 15, 16, 19, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 52, 53, 57, 116, 128, 132, 133, 143, 146, 154, 155, 157, 158, 163, 165, 168, 174, 197, 198, 199, 204, 213, 214, 223, 224, 229, 230, 231, 245, 246, 262, 263, 327, 331, 338, 344, 361, 384
Платон 276, 296
Порталис 140
Пресса, д-р 147
Прети Г. 297
Прост П.-А. 147
Пюссен Ж.-Б. 23, 24, 213, 229, 230

Рабинов П. 297, 430
Радлова А. 53
Райссайзен Ф.-Д. 309
Рапен Ж. 416
Рас В. 344
Рей Ф. 247, 268

Рекамье Ж. 295, 296
Реноден Л.-Ф.-Э. 382
Рёйсбрук Я. 79, 86, 111
Ривьер П. 319, 320
Риггинс С. 428
Ричард III, король Англии 53
Ростан Л. 167, 168, 296, 345, 381
Ростопчин Л. А. 260
Руайс-Коллар А.-А. 308
Руссель А. 78
Рюкар М. 78

Сагар Ж.-М. 261
Сад Д. А. Ф. 31
Сайденхем Т. 196, 197, 282, 301, 302, 303
Самсон К. 296, 345
Сегюэн О.-Э. 235, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 249, 250, 251, 256, 262, 264, 265, 267, 268
Сель Ж. 80
Сент-Ив И. 265
Серван Ж.-М.-А. 31, 57, 79
Сериз Л. 268, 381
Сикар Р.-А. 265
Симон Т. 80, 81
Синдад Ж. 225
Сиссун М. 79
Сократ 296
Спиноза Б. 341
Сук А. 378, 389
Субейран Э. 295

Томасов Н. Н. 296
Тоскелле Ф. 311, 425, 426
Тромбадори Д. 418
Тулуз Э. 77, 78
Тьюк С. 144
Тьюк У. 32, 144
Уиллис Т. 261
Уиллис Ф. 35, 37, 38, 42, 52, 57
Уильямс 112
Ури Ж. 425

Файнберг В. 418
Фальре Ж.-П. 141, 142, 143, 167, 168, 174, 179, 197, 216, 217, 230, 231, 232, 234, 246, 266, 270, 308, 340
Фальре Ж.-Ф. 359, 374, 384, 392
Фернальд У. 248, 268
Феррюс Г. 145, 181, 182, 200, 231, 234, 246, 266, 267, 270, 381
Филипс Д. — см.: Дюран де Гро Ж.
Флисс В. 200
Фовиль А. 167, 263, 309, 381, 383
Фодере Ф.-Э. 13, 14, 16, 17, 20, 29, 31, 45, 54, 116, 120, 141, 197, 261, 392
Фоллен Э.-Ф. 346
Фонтана А. 6, 10, 224, 310, 416
Франциск Ассизский, св. 110
Фрейд З. 121, 163, 195, 200, 257, 272, 342, 360, 375, 384, 385, 392, 393, 413
Фридрих II, король Пруссии 66
Фуко М. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 32, 33, 52, 53, 54, 57, 63, 67, 79, 80, 81, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 131, 136, 140, 141, 143, 144, 145, 147, 156, 157, 163, 166, 168, 171, 172, 178, 192, 195, 196, 198, 200, 201, 215, 224, 225, 226, 231, 234, 236, 239, 245, 250, 254, 261, 263, 271, 284, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 314, 321, 328, 329, 335, 339, 340, 341, 342, 343, 346, 349, 350, 357, 361, 372, 374, 376, 378, 381, 382, 384, 386, 387, 389, 391, 393, 395, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435
Фурне Ж. 131, 132, 133, 142, 146
Фурнье А. 336

Хайдеггер М. 296, 297
Харви 112
Хаслам Д. 16, 22, 31, 32, 45, 144
Хасуми С. 298
Хофбауэр Й.-К. 309, 401
Хофман Ф. 288, 303, 304, 306

Чарлзуорт Э. 144
Черлетти У. 227

Шапталь Ж.-А. 225
Шарко Ж.-М. 121, 161, 162, 168, 236, 257, 259, 260, 311, 336, 349, 350, 360, 361, 362, 364, 365, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 382, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 431, 433
Шастене де Пюисегюр А.-М.-Ж. 344, 345
Шац Т. 311, 408
Шекспир У. 53

Эбер 345
Эвальд Ф. 5, 6, 10, 54, 111, 224, 413, 416
Эдуард IV, король Англии
Эй А. 342, 382, 432
Эйнштейн А. 163, 164
Эке Ф. 196
Элленберже А.-Ф. 311, 344, 428, 433
Эмс Ш.-Ф. 344
Эскироль Ж.-Э.-Д. 16, 27, 29, 31, 45, 116, 121, 122, 124, 125, 126, 141, 142, 143, 145, 153, 165, 166, 167, 174, 179, 199, 200, 212, 213, 214, 216, 223, 226, 227, 228, 229, 231, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 260, 262, 263, 264, 266, 308, 309, 310, 320, 327, 330, 338, 339, 342, 344, 392, 400, 401, 403, 408, 423, 424
Эстерсон А. 427, 428

Юссон А.-М. 168, 295, 344

Ackernecht E. H. 233, 307, 414
Adams R. D. 379
Adnus A. 53
Alençon E. d' 110
Alleau R. 300
Allen D. F. 427
Altounian J. 384, 393
Amandry P. 304
Amard L. 198
Arnaud A. 166
Ayme J. 425
Aymen J.-B. 302

Barbaroux N. 112
Barbier F. 146
Bauchesne H. 265
Baudin L. 111
Baudrillard A. 79, 108, 109
Bayard H. 168, 228, 295
Baumes J.-B. 302
Beaudoin H. 78
Becher H. 110

Berger D. 200, 311, 342
Berghoff E. 301
Berlière U. 108, 109
Berman A. 393
Bernardin A. E. M. 227
Bertani M. 6
Besse J. 109, 110
Biennel W. 297
Bixler E. 230
Blateau F. 233
Bleandonu G. 229
Boehm R. 297
Boisseau E. 168, 390
Bollotte J. 140
Bonalumi L. 404, 422
Bongert Y. 299
Borneman E. 200
Bouchardeau G. 270
Bouché-Leclercq A. 304
Boucher A. 224
Bouchet C. 197, 231
Bourgeois L. 81
Bourgey L. 303
Bourgin G. 112
Bourguignon A. 384, 393
Bourguignon O. 384, 393
Bousquillon M. 383
Bouzon J. 114
Braudeau M. 404, 422
Brauner A. 266
Bredero A. H. 108
Bridoux A. 54, 343
Brochin H. 196, 228, 295
Brokmeier W. 297
Broussard J. 112
Brown-Séquard E. 346
Bru P. 224
Brucker J. 109, 111
Bruhier J.-J. 305
Bruno P. 200
Bruttin J.-M. 384
Buntz H. 300
Burdin C. 344
Burkhardt T. 300
Burton M. 420
Butler C. 109
Buvat-Pochon C. 198

Cabrol F. 109, 300
Cacquot A. 304
Caire M. 230
Calvet J. 198
Canivez J.-M. 109
Caro E.-M. 224
Caroli F. 432
Caron M. 300
Chagny A. 225
Chantraine P. 296, 303
Chassaigne M. 80
Christian J. 337
Cochin A. 114
Cognet L. 79, 111
Colin H. 168
Corbin H. 297
Cousin P. 108
Couteaux J. 225
Cranefield P. 261
Cros F. 224

Daremberg C. 302, 303, 304, 306
Daumezon G. 78, 142, 229, 310
Davaine C. 264
Davenne H. J. 113
Davidovici M. 55
Dechambre A. 168, 169, 340
De Ferriere C. J. 140
Defradas J. 304
De Fréminville B. 426
Dehaussy J. 114
Dehove G. 112
Delcourt M. 296
Deleuze G. 107
Demersay A. 109, 111
D'Eramo M. 297
Desaive J.-P. 307
Devernois P. 309
Dewhurst W. 302
Dolleans E. 112
Doncœur P. 223
Doumic 337
Dowbiggin I. R. 271
Dreyfus F. 114, 302
Dubois J. 379
Dubuisson P. 310
Ducpetiaux E. 114
Dudon P. 223
Dufey P. F. 31
Duffin J. 233
Dupin H. 306
Dupuy J.-M. 141
Duval A. 109

Edelstein L. 301
Eliade M. 300
Elsen C. 422
Erichsen J. E. 389
Esmein A. 299

Faber K. 301
Fassbinder M. 111
Féré C. 168, 271, 386
Fiorelli P. 300
Fischer-Homberger E. 390
Flacelière R. 296, 304
Fleury L. 383
Foissac P. 344
Fonssagrives J.-B. 196
Fontanille R. 310
Franchi J. 225
Fuchs M. 81
Funck-Brentano F. 224
Gaillac H. 112, 114
Galbraith G. R. 109
Ganzenmüller W. 300
Garrison F. H. 348
Gaudemet J. 299
Gaufey G. 229
Gaufrès M. J. 80, 111
Gauthier A. 169, 296
Genet J.-P. 79
Genet N. 79
Génil-Perrin G. 272
Gentis R. 420
Gerspach E. 80
Gickhorn J. 393
Gillet J. 112
Glotz G. 299
Gontard M. 267
Goran G. 384, 393
Gossen 301
Goubert P. 307
Gouvion 261
Gratien P. 110
Greenwood M. 307
Grmeck M. 233
Grolleau C. 109
Guérineau D. 200
Guestel C. 201
Guillermou A. 110
Guilly P. 348
Guinon G. 168, 378
Guiraud J. 300

Hack Tuke D. 390
Halliday W. R. 304
Hamelin G. 303
Hamon G. 388
Hannaway C. 306
Harmoniaux M. 112
Hatzfeld H. 388
Haymaker W. 379
Hécaen H. 379
Helyot R. P. 108, 109, 110, 112

Hermans F. 111
Hillman 391
Huard P. 233
Hunter R. 52
Husson B. 300
Hutin S. 300
Huvelin H. 224
Hyma A. 79

Ilberg J. 306
Imbault-Huart M.-J. 233, 307

Jault A. F. 302
Jay M. 297
Jean-Nesmy C. 109
Jervis G. 426
Joerger M. 307
Joly R. 301
Joos P. 296
Jouanna J. 301
Juchet J. 230

Kopp J. H. 309
Kraft I. 268
Ranner L. 262
Kaplan S. 112
King L. S. 261, 301, 303, 304
Klossowski P. 297
Knowles D. 108
Koechlin P. 142
Koyré A. 111
Kucharski P. 296
Kühn C. G. 305

Labatt L. 144
Lailler 295
Laingui A. 140
Laîné C. 430
Laîné L. 430
Lallemand L. 114
Lambert P. 111
Lancelot C. 166
Lanteri-Laura G. 271
Laplanche J. 272, 384, 392
Larguier L. 225
Latham R. G. 302
Laurent A. 168, 340, 390
Lauzier J. 78
Le Breton A. 147
Le Goff J. 110
Legrain P. 271
Lecler J. 108
Leclercq H. 300
Lefevre J.-P. 341
Leibovici M. 304
Lekai L. J. 109
Le Roy Ladurie E. 307
Libert L. 140
Lichtenhaeler C. 301
Lourdaux W. 79
Lourel F. 223
Löwenthal L. 297
Lucas C. J. M. 112
Lugon C. 111

Macalpine I. 52
MacPherson C. B. 81
Maggiori R. 426
Mahn J.-B. 109
Maisonneuve H. 300
Malson L. 266
Mandonnet P. 109
Mangenot E. 109
Marchetti V. 416
Margolin J.-C. 300
Marin L. 166
Marindaz G. 224
Marrou R.-I. 300
Martel J. G. H. 228
Martin J. G. G. 265
Martin R. 297
Massé L. 306
Mathieu P. 225
Matton S. 300
Maury A. 342
McHenry L. 348
Mesmer A. 346
Mialle S. 345
Micale M. 427
Michel A. 299
Michelet M. 79
Millepierres F. 305
Mir G. 80
Monfalcon J.-B. 113
Monneret E. 383
Monval J. 225
Moorman J. 110
Muel F. 81
Muratori L. 111
Myrvold R. 262

Netchine A. 81, 262
Nicole P. 166
Nottarp H. 299
Nutton V. 306
Nyffeler J. R. 146

Obolensky D. 108
Odier L. 55
Olier J.-J. 224
Olphe-Galliard M. 223
Oppenheim H. 389
Oppenot F. 200
Orcibal J. 111
Owen A. R. 388

Œchslin R. L. 109
Pacaut M. 108
Page H. W. 389
Parent de Curzon E. 113
Parigot J. 146
Pauly A. F. 301
Paumelle P. 310
Peisse L. 346
Pelicier Y. 265
Penot A. 113
Peter J.-P. 306
Petit-Dutaillis G. 300
Philips J. — см.: Дюран де Гро Ж.
Pirenne R. 140
Ploss E. 300
Pohlenz M. 301
Porter R. 427
Postel J. 53, 230, 427
Pottet E. 225
Préau A. 297

Rappard P. 425
Raulet G. 297
Rauzy A. 384, 393
Raynier J. 78
Reinach S. 110
Reverchon-Jouve B. 272
Richard P. J. 388
Riese W. 348
Ritti A. 262, 337
Robin C. 383
Rochard J. E. 233
Rochemonteix C. de 80
Rolland M. 301
Rollet C. 114
Roosen-Runge H. 300
Rorty R. 297
Rosen G. 307
Rotschuch K. E. 304
Roux G. 296

Sackler A. M. 227
Sales F. de 223
Salomoni A. 416
Sauzet M. 112
Schiller F. 379
Schipperges H. 300
Semelaigne R. 144, 145, 230, 231
Senès V. 388
Sérieux P. 140, 270
Sessevalle F. 110
Sevestre P. 225
Sherwood Taylor F. 300
Shlomberg R. 302
Simon G. 346
Simon N. 225
Strauss C. 226
Surzur J.-M. 224

Tanon L. 298, 300
Taylor C. 297
Temkin O. 233, 380
Terme J.-F. 113
Thuillier G. 265
Tomsen R. 389
Torrubia H. 425
Tourdes G. 390
Tourette G. de la 168
Tourette M. de la 168
Trélat U. 199
Trénel M. 140
Trilhe R. 109

Vacandard E. 299, 300
Vacant A. 109, 110, 299
Valentin L. 227
Vallery-Radot R. 147
Van Brock N. 303
Veith I. 302
Verdeaux A. 415
Vernant J.-P. 304
Vernet A. 110
Vialat C. J. 114
Vibert C. 390
Vicaire M.-H. 109
Vié J. 225, 261
Vigouroux A. 310
Vincent F. 224
Vinchon J. 261

Waehlens A. de 297
Walsh J. 306
Watterville A. de 114
Werner E. 108
Wiriot M. 232
Wissowa G. 301
Woillez E.-J. 165

Yates F. A. 301

Zaloszyc A. 271
Zazzo R. 81, 262
Zimmerman B. 110

Содержание

Франсуа Эвальд, Алессандро Фонтана. Вместо предисловия 5

КУРС ЛЕКЦИЙ ЗА 1973—1974 УЧЕБНЫЙ ГОД

Лекция от 7 ноября 1973 г. 14

Пространство лечебницы и дисциплинарный порядок. — Терапевтическая деятельность и «моральное лечение». — Сцены лечения. — Изменения, вводимые в настоящем курсе по сравнению с «Историей безумия»: 1) от анализа «представлений» к «аналитике власти»; 2) от «насилия» к «микрофизике власти»; 3) от «институциональных установлений» к «диспозициям» власти.

Лекция от 14 ноября 1973 г. 34

Сцена лечения: Георг III. От «макрофизики господства» к дисциплинарной «микрофизике власти». — Новая фигура безумца. — Краткая энциклопедия сцен исцеления. — Практика гипноза и истерия. — Психоаналитическая сцена; антипсихиатрическая сцена. — Мери Барнс в Кингсли-холле. — Обращение с безумием и стратагема истины: Мейсон Кокс.

Лекция от 21 ноября 1973 г. 56

Генеалогия «дисциплинарной власти». «Власть-господство». Функция-субъект в рамках дисциплинарной власти и в рамках власти-господства. — Формы дисциплинарной власти: армия, полиция, профессионально-техническое образование, мастерская, школа. — Дисциплинарная власть как «нормализующая инстанция». — Технология дисциплинарной власти и образование «индивида». — Возникновение наук о человеке.

Лекция от 28 ноября 1973 г. 82

Элементы истории дисциплинарных диспозитивов: религиозные братства Средневековья; педагогическая колонизация

молодежи; иезуитские миссии в Парагвае; армия; мастерские; рабочие городки. — Формализация дисциплинарных диспозитивов в модели «Паноптикума» Иеремии Бентама. — Семейный институт и возникновение пси-функции.

Лекция от 5 декабря 1973 г. 115

Лечебница и семья. От лишения прав к принудительному лечению. Разрыв между лечебницей и семьей. — Лечебница, как машина исцеления. — Типология «телесных аппаратов». — Безумец и ребенок. — Оздоровительные дома. — Дисциплинарные диспозитивы и семейная власть.

Лекция от 12 декабря 1973 г. 148

Утверждение ребенка в качестве мишени психиатрического вмешательства. — Больнично-семейная утопия: лечебница в Клермон-ан-Уаз. — От психиатра как «двойственного наставника» реальности и истины (в протопсихиатрических практиках) к психиатру как «агенту интенсификации» реального. — Психиатрическая власть и дискурс истины. — Проблема симуляции и появление истеричек. — Вопрос о зарождении психоанализа.

Лекция от 19 декабря 1973 г. 170

Психиатрическая власть. — Лечение Франсуа Лере и его стратегические элементы: 1) дисбаланс власти; 2) новое использование языка; 3) внушение потребностей; 4) изречение истины. — Удовольствие от болезни. — Больничный диспозитив.

Лекция от 9 января 1974 г. 203

Психиатрическая власть и практика «руководства». — Обыгрывание «реальности» в лечебнице. — Лечебница как пространство, определенное медициной, и вопрос о его медицинском/административном руководстве. — Марки психиатрического знания: а) техника опроса; б) игра лечения и наказания; в) клиническая презентация. — «Микрофизика власти» в лечебнице. — Возникновение пси-функции и невропатологии. — Три судьбы психиатрической власти.

Лекция от 16 января 1974 г. 235

Пути генерализации психиатрической власти и психиатризация детства. — I. Теоретическая спецификация идиотии. Критерий развития. Возникновение психопатологии идиотии и умственной отсталости. Эдуар Сегюэн: инстинкт и аномалия. — II. Институциональное присоединение идиотии психиатрической властью. «Моральное лечение» идиотов: Сегюэн. Процесс принудительной госпитализации идиотов и стигматизация их как опасных. Обращение к понятию дегенеративности.

Лекция от 23 января 1974 г. 273

Психиатрическая власть и вопрос об истине: опрос и признание: магнетизм и гипноз; применение наркотиков. — Элементы истории истины: I. Истина-событие и ее формы: судебная, алхимическая и медицинская практики. — II. Переход к технологии доказательственной истины. Ее элементы: а) процедуры расследования; б) учреждение познающего субъекта; в) отход медицины от понятия кризиса; психиатрия и ее устои: дисциплинарное пространство лечебницы, обращение к патологической анатомии; связь между безумием и преступлением. — Психиатрическая власть и истерическое сопротивление.

Лекция от 30 января 1974 г. 312

Проблема диагноза в медицине и психиатрии. — Место тела в психиатрической нозологии: модель общего паралича. — Судьба понятия кризиса в медицине и психиатрии. — Выпытывание реальности в психиатрии и его формы: I. Опрос и признание. Ритуал клинической презентации. Примечание: «патологическая наследственность» и дегенеративность. — II. Наркотики. Моро де Тур и гашиш. Безумие и сновидение. — III. Магнетизм и гипноз. Открытие «неврологического тела».

Лекция от 6 февраля 1974 г. 349

Возникновение неврологического тела: Брока́ и Дюшен де Булонь. — Болезни, подлежащие дифференциальной либо абсолютной диагностике. — Модель «общего паралича» и неврозов. — Война с истерией: I. Организация симптоматологического «сценария». — II. Тактика «функционального манекена» и гипноз. Вопрос о симуляции. — III. Невроз и травма. Вторжение сексуального тела.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КУРСА 395

Жак Лагранж. КОНТЕКСТ КУРСА 411

УКАЗАТЕЛЬ ИМЕН 436

Научное издание

Мишель Фуко

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ВЛАСТЬ

Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс
в 1973—1974 учебном году

Редактор издательства *О. В. Иванова*
Художник *П. Палей*
Технический редактор *И. М. Кашеварова*
Корректоры *Т. С. Павлова, А. К. Рудзик* и *М. Н. Сенина*
Компьютерная верстка *Е. С. Егоровой*

Лицензия ИД № 02980 от 06 октября 2000 г.
Сдано в набор 25.12.06. Подписано к печати 21.06.07.
Формат 60×84 $^1/_{16}$. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 26.6. Уч.-изд. л. 25.3.
Тираж 3000 экз. Тип. зак. № 4085. С 117

Санкт-Петербургская издательская фирма «Наука» РАН
199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 1
E-mail: main@nauka.nw.ru
Internet: www.naukaspb.spb.ru

Первая Академическая типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 978-5-02-026920-0